


# Gordofobia nos serviços de saúde e violência de gênero contra as mulheres gordas

Marina Bastos Paim<sup>1</sup>  0000-0003-3456-5598

Bruna Lima Selau<sup>1</sup>  0000-0003-4101-4444

Douglas Francisco Kovalesski<sup>1</sup>  0000-0001-8415-9614

<sup>1</sup>Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. 88040-370



**Resumo:** A discriminação relacionada à gordofobia pode acentuar as opressões vividas pelas mulheres gordas. Este artigo teve por objetivo identificar como a gordofobia se expressa em situações de violências contra as mulheres gordas nos serviços de saúde. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de caráter qualitativo, que utilizou um questionário on-line do qual participaram 481 mulheres cis gordas, na sua maioria brancas, de todas as regiões do Brasil. Observamos o controle patriarcal sobre o corpo das mulheres gordas; a violação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres gordas; e a violência institucional e de gênero contra as mulheres gordas, como, por exemplo, a gordofobia obstétrica. A violência de gênero está entrelaçada com a gordofobia, logo, as mulheres gordas estão em dupla vulnerabilidade.

**Palavras-chave:** violência; gênero; gordofobia; mulheres; obesidade.

## **Fatphobia in health services and gender violence against fat women**

**Abstract:** Discrimination related to fatphobia can intensify the oppression experienced by fat women. This article aimed to identify how fatphobia is expressed in situations of violence against fat women in healthcare services. It is an exploratory-descriptive qualitative study that used an online questionnaire with the participation of 481 cisgender fat women, mostly white, from all regions of Brazil. Patriarchal control over fat women's bodies was observed, as well as the violation of their sexual and reproductive rights, and institutional and gender-based violence against fat women, such as obstetric fatphobia. Gender-based violence is intertwined with fatphobia, placing fat women in a situation of dual vulnerability.

**Keywords:** Violence; Genre; Fatphobia; Women; Obesity.

## **La gordofobia en los servicios de salud y la violencia de género contra las mujeres gordas**

**Resumen:** La discriminación relacionada con la gordofobia puede intensificar las opresiones vividas por las mujeres gordas. Este artículo tuvo como objetivo identificar cómo se expresa la gordofobia en situaciones de violencia contra las mujeres gordas en los servicios de salud. Se trata de un estudio exploratorio-descriptivo, de carácter cualitativo, que utilizó un cuestionario en línea en el que participaron 481 mujeres cis gordas, en su mayoría blancas, de todas las regiones de Brasil. Se observó el control patriarcal sobre el cuerpo de las mujeres gordas; la violación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres gordas; y la violencia institucional y de género contra las mujeres gordas, como la gordofobia obstétrica. Se puede notar que la violencia de género está entrelazada con la gordofobia, por lo tanto, las mujeres gordas se encuentran en una doble vulnerabilidad.

**Palabras clave:** violencia; género; gordofobia; mujeres; obesidad.

## Introdução

Segundo Ligia Amparo-Santos, Silvana França e Amélia Reis (2020), existe uma lacuna nos estudos sobre obesidade no que diz respeito às inúmeras condições que se inter cruzam como gênero, raça, sexualidade, geração e classe social. Poucos estudos brasileiros analisam a obesidade em relação à raça/cor. No estudo de Arthur Ferreira, Célia Szwarcwald e Giseli Damacena (2019), as mulheres negras tiveram maior chance de desenvolver obesidade quando comparada às mulheres brancas. Conforme a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, a prevalência de obesidade foi maior entre as mulheres (24,4%) do que entre os homens (16,8%) (IBGE, 2015).

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

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

Por isso é necessário fazer a intersecção da obesidade com a questão de gênero, pois as mulheres gordas estão sob dupla vulnerabilidade por serem gordas e por serem mulheres, afinal, distintas formas de opressão se sobrepõem e se influenciam mutuamente (Cristiano RODRIGUES, 2013). E assim como “[...] o racismo, o patriarcalismo e a opressão de classe – a discriminação relacionada à gordofobia pode acentuar as opressões vividas pelas mulheres com obesidade” (Mayara GELSLEICHTER, 2019, p. 64). Importante pontuar que a gordofobia opera como um sistema de opressão estrutural e se refere à discriminação a que as pessoas gordas estão submetidas, desde humilhação, inferiorização, ridicularização, patologização e exclusão (Magdalena PIÑEYRO, 2016).

A gordofobia também se expressa dentro dos serviços de saúde e interfere diretamente na qualidade do atendimento em saúde das pessoas gordas (Sean PHELAN *et al.*, 2015; Maraisa TAROZO; Rosane PESSA, 2020). Muitos estudos comprovam a existência de estigma e atitudes negativas em relação a pessoas gordas nos serviços de saúde (Claudia SIKORSKI *et al.*, 2013; Montserrat BACARDÍ-GASCÓN *et al.*, 2015; Jody LANGDON; Paul RUKAVINA; Christy GREENLEAF, 2016).

O artigo de Angélica Obara, Sandra Vivolo e Marle Alvarenga (2018) explorou o preconceito de estudantes de nutrição com relação a indivíduos com obesidade ao analisar a abordagem dos estudantes com relação a quatro casos hipotéticos, onde era modificado apenas o Índice de Massa Corporal (IMC) e todos os demais parâmetros e comportamentos eram idênticos. Houve diferença na conduta adotada em função do peso ainda mais agravado nas avaliações e recomendações para a mulher com obesidade. A qualidade da dieta da mulher com obesidade foi avaliada de forma inferior, assim como o seu estado geral de saúde. Ela também foi julgada menos saudável, menos cuidadosa em relação à sua saúde e menos disciplinada (OBARA; VIVOLO; ALVARENGA, 2018). Ela, igualmente, foi alvo de maior recomendação sobre a necessidade de perda de peso quando comparado com o homem com obesidade (OBARA; VIVOLO; ALVARENGA, 2018). O estudo demonstrou como as prescrições de saúde podem estar carregadas de preconceitos, e como isso pode gerar um tratamento discriminatório e, conseqüentemente, uma precarização do cuidado em saúde das pessoas gordas.

Ou seja, a gordofobia médica se configura numa violação aos direitos humanos e à dignidade da pessoa humana. Ela reforça preconceitos, estereótipos e se manifesta no atendimento hostil e/ou inadequado (Sílvia SILVA; Paloma SANTOS, 2019), que pode se configurar uma forma de violência. E quando a violência ocorre dentro de um serviço de saúde pode-se referir a ela como uma violência institucional (BRASIL, 2003). No estudo de Janaina Aguiar, Ana D'Oliveira e Lília Schraiber (2013) sobre violência institucional nas maternidades, as autoras mencionam que muitas condutas violentas são toleráveis e vistas como necessárias, revelando uma certa banalização da violência institucional dentro dos serviços de saúde.

Conforme Gracyelle Moreira *et al.* (2020), é preciso articular as manifestações da violência institucional com as violências estruturais da sociedade, considerando que a atenção em saúde também está perpassada por questões de gênero e, muitas vezes, os serviços acabam reforçando as desigualdades de gênero (AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013; MOREIRA *et al.*, 2020). E em relação a práticas violentas contra as mulheres nas instituições de saúde, Diana Bowser e Kathleen Hill (2010) elencam as suas principais categorias: abuso físico; imposição de intervenções não consentidas ou intervenções aceitas com base em informações parciais ou distorcidas; cuidado não confidencial ou não privativo; cuidado indigno e abuso verbal; discriminação baseada em certos atributos; abandono, negligência ou recusa de assistência; e

detenção nos serviços. Sendo assim, as mulheres possuem as suas diferenças transformadas em desigualdades dentro dos serviços de saúde.

Neste artigo, propomos reconhecer os possíveis entrelaçamentos entre a violência de gênero, a violência institucional e a gordofobia. Nesse sentido, objetivamos identificar como a gordofobia se expressa em situações de violências contra as mulheres cis gordas nos serviços de saúde.

## Metodologia

Este estudo está baseado nas epistemologias feministas e encontra-se comprometido em articular a academia com as lutas sociais (Martha NARVAZ; Sílvia KOLLER, 2006). Esta pesquisa é oriunda de uma pesquisa de doutorado em saúde coletiva e trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de caráter qualitativo, que utilizou enquanto técnica de coleta de dados um questionário on-line, elaborado pelos próprios pesquisadores. O questionário on-line possuía 38 perguntas abertas e/ou de múltipla escolha, organizadas em quatro eixos: (1) caracterização dos participantes, (2) diagnóstico e tratamento da obesidade, (3) gordofobia na saúde e (4) consequências da gordofobia.

Primeiramente, realizamos um piloto com pesquisadoras do Grupo de Estudos Interdisciplinares do Corpo Gordo no Brasil. Posteriormente, foi realizado o levantamento de mais 112 ativistas-chave, coletivos do movimento gordo e da luta antigordofobia para divulgação da pesquisa. O questionário ficou disponível do dia 07 de maio até 29 de setembro de 2020 e alcançou 515 respostas de pessoas gordas de todas as regiões do Brasil. Dentre os 515 participantes da pesquisa, 93,3% eram mulheres cis, 50,3% possuíam entre 25 e 34 anos, 72,2% eram heterossexuais e 71,8% eram brancas (**Tabela 1**). Grande parte dos respondentes possuía ensino superior (53%) e pós-graduação (49,5%), e a maioria possuía a renda mensal (per capita) entre 1 e 3 salários mínimos (39,2%) e entre 3 e 5 salários mínimos (25,4%) (**Tabela 2**). Em relação à abrangência da pesquisa, houve uma grande concentração na região Sudeste (53,6%), seguida da região Sul (24,8%), da região Nordeste (11%), do Centro-Oeste (8,3%) e da região Norte (2,3%). E quando questionados se eram ativistas do movimento gordo, 39% relataram ser ativistas, 31,8% não eram ativistas e 29,1% não sabiam.

**Tabela 1** - Caracterização dos participantes (gênero, faixa etária, raça/etnia e orientação sexual)

<b>Identidade de gênero</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Mulher cis	481	93,4
Mulher trans	1	0,2
Homem cis	29	5,6
Homem trans	1	0,2
Não binário	3	0,6
<b>Faixa etária</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Entre 18 e 24 anos	95	18,4
Entre 25 e 34 anos	259	50,3
Entre 35 e 44 anos	130	25,2
Entre 45 e 54 anos	23	4,5
Entre 55 e 64 anos	8	1,6
Acima de 65 anos	0	0
<b>Orientação sexual</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Heterossexual	372	72,2
Lésbica	20	3,9
Homossexual	13	2,5
Bissexual	89	17,3
Pansexual	17	3,3
Assexual	2	0,4
Não sei	2	0,4
<b>Raça/etnia</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Branca	370	71,8

Preta	51	9,9
Parda	91	17,7
Indígena	0	0
Amarela	2	0,4
Não sei	1	0,2

**#PraTodoMundoVer** A tabela faz a caracterização dos participantes: 93,3% mulheres cis, 5,6% homens cis, 0,2% homem trans, 0,2% mulher trans e 0,6% não binário. 18,4% entre 18 e 24 anos, 50,3% entre 25 e 34 anos, 25,2% entre 35 e 44 anos, 4,5% entre 45 e 54 anos, 1,6% entre 55 e 64 anos. 72,2% heterossexuais, 3,9% lésbicas, 2,5% homossexuais, 17,3% bissexuais, 3,3% pansexuais, 0,4% assexuais. 71,8% branca, 9,9% preta, 17,7% parda, 0,4% amarela.

**Tabela 2 - Caracterização dos participantes (escolaridade e renda mensal)**

<b>Escolaridade</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Ensino fundamental incompleto	1	0,2
Ensino fundamental completo	2	0,4
Ensino médio incompleto	1	0,2
Ensino médio completo	24	4,7
Ensino superior incompleto	121	23,5
Ensino superior completo	152	29,5
Pós-Graduação incompleta	53	10,3
Pós-Graduação completa	161	31,2
<b>Renda Mensal (per capita)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Até 1 salário mínimo	76	14,8
Entre 1 e 3 salários mínimos	202	39,2
Entre 3 e 5 salários mínimos	131	25,4
Entre 5 e 7 salários mínimos	52	10,1
Acima de 8 salários mínimos	54	10,5

**#PraTodoMundoVer** A tabela faz a caracterização dos participantes: 0,2% com Ensino fundamental incompleto, 0,4% com Ensino fundamental completo, 0,2% com Ensino médio incompleto, 4,7% com Ensino médio completo, 23,5% com Ensino superior incompleto, 29,5% com Ensino superior completo, 10,3% com Pós-Graduação incompleta, 31,2% com Pós-Graduação completa. 14,8% com renda mensal (per capita) até 1 salário mínimo, 39,2% entre 1 e 3 salários mínimos, 25,4% entre 3 e 5 salários mínimos, 10,1% entre 5 e 7 salários mínimos, e 10,5% acima de 8 salários mínimos.

Para realizar a análise dos dados, realizamos uma análise interpretativa a partir da análise temática (Maria Cecília MINAYO, 2010; Luciana SOUZA, 2019). O levantamento dos temas emergentes foi realizado de forma manual após a leitura exaustiva do banco de dados. A partir da percepção de frequência e relevância das temáticas foram elaboradas algumas categorias temáticas discutidas posteriormente com a literatura.

Durante a apresentação dos resultados, serão utilizadas algumas respostas pontuais dos participantes de forma a ilustrar a análise. Os dados foram organizados em planilhas do Excel e cada participante foi identificado pelo número da sua linha (participante-número).

Este artigo é um recorte da análise do terceiro eixo que investigou os relatos de gordofobia nos serviços de saúde. Este eixo possuía nove categorias temáticas: (1) falta ou dificuldade de acessibilidade; (2) diagnóstico superficial e preconceito clínico; (3) culpabilização e advertência baseada no medo; (4) abordagem violenta; (5) desprezo da queixa e exclusividade do peso; (6) prescrição indiscriminada e compulsória de intervenções; (7) negligência; (8) violência de gênero contra as mulheres; (9) reprovação do profissional de saúde gordo.

Neste artigo, será analisada apenas uma dessas categorias temáticas, intitulada Violência de gênero contra as mulheres. Nesta categoria temática, é possível observar relatos envolvendo: controle patriarcal sobre o corpo das mulheres gordas; violação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres gordas; e violência institucional e de gênero contra as mulheres gordas. Por isso, este artigo irá se debruçar apenas nas respostas das 481 mulheres cis gordas participantes desta pesquisa, lembrando que a grande maioria das participantes se autodeclarou branca e heterossexual, o que configura uma limitação da pesquisa. O projeto foi enviado para o comitê de ética e possui aprovação do CEPISH/UFSC.

## Resultados e discussão

O corpo feminino é considerado defeituoso, imprevisível e perigoso, objeto de direito dos médicos, visto a partir de uma perspectiva medicalizada, permeada pela culpabilização da sexualidade feminina (Maristela SENS; Ana STAMM, 2019). A “[...] repressão e esse controle do corpo e da sexualidade são elementos centrais da dominação patriarcal e da sua reprodução” (Maria Betânia ÁVILA, 2003, p. 467). Por isso, os corpos femininos são mais suscetíveis às intervenções médicas (GELSLEICHTER, 2019). A educação médica ainda mantém um olhar biologicista e patriarcal sobre o corpo feminino, assim como é conservadora e limitada na questão de gênero (lógica binária e heterossexualidade compulsória) (Rodrigo MORETTI-PIRES, 2017). O controle patriarcal sobre o corpo das mulheres gordas pode ser observado na abordagem machista realizada pelos profissionais de saúde, conforme os relatos abaixo.

Ouvi de um nutricionista numa clínica de emagrecimento em Salvador, depois de um esforço enorme para emagrecer: “vamos sair dos 70 quilos porque 70 não é peso de mulher” (participante 187).

Passava com um psiquiatra particular no intuito de cuidar da minha ansiedade generalizada [...] ele me disse que os remédios que havia me receitado iriam contribuir para o emagrecimento [...] ele um dia já foi gordo e sabia o quanto eu estava infeliz e doente. Disse que via em meus olhos o desejo de ser elogiada por homens e ouvir cantadas na rua. Passei a consulta toda em silêncio, me sentindo desrespeitada. Me senti bastante violentada e a partir daquele dia, não voltei mais nele (participante 236).

Ou seja, “[...] apesar de todos os avanços e conquistas das lutas feministas, ainda vemos uma sociedade permeada de valores da cultura patriarcal” (Débora PICHETTI, 2020, p. 63). Esses valores são reproduzidos também dentro dos serviços de saúde, alimentando o contexto de insegurança e insatisfação das mulheres em relação ao próprio corpo e à dependência desse olhar do outro para sua legitimação (Vanessa FERREIRA; Rosana MAGALHÃES, 2011). Também há o controle sobre os corpos das mulheres, o que exige uma adequação ao referencial de magreza, sujeitando-as a todo tipo de sacrifício para corrigir, transformar e reconstruir seu corpo, com dietas, medicamentos e cirurgias plásticas (Juliana WITT; Aline SCHNEIDER, 2011; Carla GAUTÉRIO; Méri SILVA, 2014).

O que se espera do corpo dito feminino é a sedução, a heterossexualidade, um corpo que esteja disponível e em torno da figura masculina (Carla TEO, 2010). O corpo das mulheres é um território em disputa das diferentes formas do poder patriarcal (Maryi Lorena CUELLAR; Kedhna Leandra ORTIZ, 2013). Sendo assim, outra forma do patriarcado se expressar na abordagem dos profissionais de saúde em relação às mulheres gordas foi por meio da ameaça, pois, se continuarem gordas, nenhum homem ficará com elas.

Na Unidade Básica de Saúde (UBS), uma médica disse que eu seria uma mulher solitária por ser gorda, porque toda mulher gorda que ela atendia era sozinha e infeliz, que homem não ficava com mulher gorda. Eu me senti muito mal, chorei vários dias por causa dos comentários dela (participante 272).

Consulta de rotina e eu queria tirar algumas dúvidas sobre o anticoncepcional que eu tomava na época, mas logo no início da consulta o médico me disse que eu estava gorda e a partir daí toda a consulta girou em torno disso. Ele listou meus possíveis problemas por estar acima do peso, a dificuldade que seria para ter relação, engravidar e até parir. Chegou a deixar implícito que achar um parceiro já seria complicado (participante 376).

Quando era criança (por volta de 10-12 anos) minha mãe me levou junto à consulta do meu irmão com endocrinologista por não ter com quem me deixar no dia. O médico, apesar da consulta nem mesmo ser sobre mim, disse para eu emagrecer e afirmou como ‘incentivo’ que, se eu continuasse gorda, só namoraria gordos (implicando que seria ruim) (participante 227).

A psiquiatra da minha mãe disse para ela que eu tinha que tomar cuidado para o meu marido não me largar porque ele era magro e eu estava muito gorda (sendo que eu era 25 anos mais jovem que ele e ainda ganhava mais) (participante 374).

Eu tinha aproximadamente 12 anos de idade e um médico, ao me examinar, falou a seguinte frase para a minha mãe: “essa aí quando subir em cima do namorado, vai matá-lo” (participante 297).

“Como uma menina bonita como você vai arrumar namorado com esse peso”, em uma consulta no postinho (participante 20).

Além de machista, esse tipo de fala manifesta a rejeição e a repulsa das pessoas gordas enquanto desejáveis, fundamentadas na crença de que possuem um corpo indesejável que viola as normas estéticas (Amy FARRELL, 2011). Segundo Piñeyro (2016), no âmbito das relações afetivo-sexuais, o medo da solidão faz com que a pessoa gorda suporte o insuportável, pois



supõe que ninguém vai querer estar com ela. Jéssica Balbino (2020) fala sobre a solidão da mulher gorda e como ela está condenada a ser invisível, apesar do tamanho do seu corpo. As pessoas não querem ser reconhecidas enquanto próximas de uma pessoa gorda, por isso escolhem não se relacionar (Maria Luisa JIMENEZ, 2020) ou não a assumem publicamente, mesmo que não seja difícil encontrar parceiros sexuais (em segredo) (BALBINO, 2020). O relato abaixo expressa como se as mulheres gordas não pudessem ser desejadas e tivessem que compensar sexualmente a outra pessoa.

Entrei num grupo no posto da saúde do bairro para perda de peso, mas a médica reproduzia frases de preconceito que aprendeu com a vida, com o intuito de nos motivar [...] parei de ir quando escutei ela dizer para “não nos enganarmos quando um homem quisesse nos levar para a cama; na realidade, as gordas fazem coisas que as magras se recusam, mas as gordas aceitam tudo para se mostrar poderosas!” (participante 397).

De acordo com Jimenez (2020, p. 160), a “[...] violência de gênero aqui aparece pública e agressiva, como uma vingança contra todas as mulheres que não estão no peso ideal estipulado socialmente”. Os profissionais de saúde também fizeram questão de expressar verbalmente que ser uma mulher gorda não é atraente nem bonito, conforme os relatos abaixo.

Fui a um ortopedista devido a dores na lombar [...] começou a dizer que no passado mulheres obesas eram vistas de forma positiva, mas hoje a sociedade tinha “evoluído” e a minha “estrutura” não era mais saudável e atraente (participante 210).

[...] aos 18 anos marquei consulta com o ortopedista. Chegando lá, fiz raio-X e ele começou a falar várias coisas do tipo: “Tem que emagrecer, viu? Você sabe que você não está gostosa, você está gorda, sua articulação está encurtada, você precisa mudar isso”. No momento, não percebi que era gordofobia médica, mas fui para casa sem chão e triste (participante 163).

Consultório médico, ginecologista, estava na primeira consulta com a médica [...] a primeira frase que ouvi da médica foi que eu era obesa e deveria emagrecer porque aquilo me deixava feia e eu era muito nova para ser gorda (participante 21).

Naomi Wolf (1992) escreve sobre como a construção do ideal de beleza feminina é uma forma de dominação masculina e patriarcal, e, com os relatos, é possível ver a instituição saúde reproduzindo que a função social da mulher é ser bonita. Afinal, para as mulheres, ser magra não é pré-requisito apenas de beleza, mas é imprescindível para ter aprovação social, permite reconhecimento e êxito social (sucesso nos relacionamentos e na profissão) (Daniela AGENDES, 2012; GAUTÉRIO; SILVA, 2014). Ou seja, a gordura corporal “pesa” mais para elas, pois a mulher só será valorizada quando se encaixar no padrão de beleza e desempenhar seus papéis sociais estabelecidos (Clarissa GONÇALVES, 2004).

Fui em uma nutricionista quando era criança que me disse que eu era feia e gorda e que meninas deveriam ser bonitas e magras. Minha mãe me arrastou para fora do consultório comigo em prantos (participante 133).

As pessoas em geral sofrem com a pressão estética, mas de forma ainda mais enfática as mulheres, por isso há uma grande transversalidade da gordofobia com a opressão de gênero, pois se você é mulher, deve ser bela. Logo, os profissionais automaticamente concluem que a mulher procurou o serviço de saúde por uma preocupação estética e porque quer ficar bonita.

Fui em uma nutróloga em busca de uma alimentação mais consciente [...] mas ela concluiu que eu estava ali para “emagrecer e ficar bonitona”. Não aceitou como resposta “bonita eu já sou, só quero me alimentar melhor” (participante 169).

Os médicos sempre estão julgando que minha vontade é virar musa fitness. Mas eu só quero cuidar da minha saúde e evitar doenças crônicas (participante 317).

Além disso, oferecem tratamentos de emagrecimento como uma estratégia para ficar bonita, ou seja, utilizam motivos estéticos sob o alibi da prevenção médica. Com os relatos, fica visível a relação tênue entre estética e saúde dos próprios profissionais de saúde que prometem beleza pois acreditam que, assim, irão convencer as mulheres a realizarem o tratamento de perda de peso.

Na adolescência, o endócrino disse que ia me transformar na Tiazinha e eu ia ficar linda, me encheu de remédios tarja preta com 13/14 anos (participante 215).

A primeira vez foi em uma consulta com ginecologista que me passou remédios para tratamento da Síndrome do Ovário Policístico (SOP) e no final da consulta disse para eu não ficar preocupada, que, se eu fizesse o tratamento corretamente, eu iria emagrecer e ficar linda. No começo achei que era elogio, mas só anos depois percebi que não foi legal, pois sou linda e não preciso emagrecer para ser bonita (participante 375).

Endocrinologistas passavam remédios e remédios e dietas extremamente restritivas, diziam que eu precisava ter mais força de vontade para ficar bonita (participante 213).

Nota-se que a preocupação dos profissionais de saúde extrapola a questão de saúde, envolve opressão de gênero e opressão estética sobre as mulheres. Segundo Wolf (1992), o mito da beleza é recurso de controle social, ou seja, a obsessão pela beleza é a obsessão pela obediência das mulheres. Segundo a autora, a dieta é uma forma de controle do corpo feminino, o maior sedante político da história das mulheres, pois a dieta incita características como passividade, ansiedade, culpa, submissão, quer dizer, o mito da beleza não é mera causalidade.

Além de ser bela, as mulheres também precisam desempenhar seu papel social de ser mãe. Historicamente, a saúde reduz a mulher à sua capacidade reprodutora dentro da lógica hetero-cis-normativa e reforça o papel social que foi atribuído às mulheres, limitado à maternidade (Monalisa SILVA; Juliana MONTEIRO, 2018).

Estava no ginecologista e ele me falou que deveria emagrecer para pensar em ter filhos, mas em nenhum momento eu falei que queria ter filhos (participante 152).

O ginecologista alertou que minha gravidez seria de altíssimo risco, se é que eu conseguiria engravidar. Nenhum desses três médicos sequer me perguntou se engravidar era uma vontade minha (participante 353).

Foi no posto de saúde do meu bairro, fui realizar uma consulta com ginecologista, e no acolhimento foi realizada a pesagem. Eu estava pesando 70 quilos. O ginecologista comentou que eu deveria emagrecer, porque, caso eu ficasse grávida, eu chegaria aos 100 quilos, sendo que fui à procura do mesmo para fazer uso de pílula, não falei em nenhum momento sobre filhos (na época tinha 23 anos) (participante 4).

É comum os profissionais de saúde assumirem que todas as mulheres querem engravidar e, conforme as participantes, quando as mulheres são gordas essa suposição justifica a necessidade de perda de peso. Os direitos sexuais e reprodutivos estão vinculados a liberdade, autonomia e autodeterminação no exercício da sexualidade e reprodução, a não discriminação, igualdade e diversidade (ÁVILA, 2003).

[...] os direitos reprodutivos dizem respeito à igualdade e à liberdade na esfera da vida reprodutiva. Os direitos sexuais dizem respeito à igualdade e à liberdade no exercício da sexualidade. O que significa tratar sexualidade e reprodução como dimensões da cidadania e consequentemente da vida democrática (ÁVILA, 2003, p. 466).

Porém, a realidade concreta e relatada pelas participantes demonstra uma série de violações dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres gordas, como, por exemplo, o direito à contracepção negado. Ana Costa, Dirce Guilhem e Lynn Silver (2006) ressaltam a iniquidade na oferta de métodos contraceptivos e a falta de informação sobre as possibilidades existentes. Além disso, muitas vezes os profissionais não respeitam as escolhas das mulheres, reforçando a medicalização dos seus corpos (PICHETTI, 2020). E mesmo que os métodos anticoncepcionais sejam prescritos para algumas mulheres de maneira superfacilitada, outras possuem o direito à contracepção negado pelos profissionais, os quais se utilizam de “[...] argumentos violentos travestidos de embasamento científico” (PICHETTI, 2020, p. 91).

Aos 15 anos comecei a namorar e busquei um ginecologista pois queria tomar anticoncepcional. O médico disse que não acreditava que eu realmente precisava do anticoncepcional, pois gorda daquele jeito não era possível alguém estar transando comigo. Saí sem anticoncepcional (participante 399).

O ginecologista não acatou meu pedido de colocar Dispositivo Intrauterino (DIU), com argumentos sobre peso, sobre engravidar (que é algo que não quero), mas ele insistiu que eu preciso emagrecer, senão, quando engravidar, meu corpo não vai suportar a gravidez, e não posso usar DIU porque seria mais difícil engravidar depois (participante 33).

Negar a prescrição de métodos anticoncepcionais por julgamentos morais e estereótipos de que tipo de mulher pode exercer a sua sexualidade ou condicionar a prescrição do contraceptivo à perda de peso é negar os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres gordas. É proibi-las de ter controle sobre sua vida sexual e ainda fazê-las correr o risco de uma gravidez não planejada. Outras situações relatadas demonstram o descaso dos profissionais de saúde em relação à contracepção das mulheres gordas.

A cirurgia bariátrica foi a mais triste. Foram meses de preparação e uma cirurgia aberta, difícil que, sem explicações, não baixou meu peso. No mês seguinte, engravidei e as palavras do médico foram: “esqueci de dizer que a pílula não iria funcionar” (participante 59).

Como me queixo muito de dores de cabeça, a médica (ginecologista) me mandou suspender a pílula. Argumentei que não pretendia engravidar, ela olhou para mim e disse que isso não

aconteceria, pois, se algum dia eu quisesse engravidar, teria que fazer tratamento. Dois anos depois, estou grávida, graças à gordofobia dela, pois ficar sem pílula, apesar de fazer "tabelinha" (por minha conta) não foi suficiente (participante 335).

As mulheres no pré-operatório da cirurgia bariátrica deveriam ser informadas sobre o impacto do procedimento na saúde reprodutiva e como realizar uma contracepção segura e eficaz (Lourivaldo ALVES JUNIOR *et al.*, 2021). O descaso também está associado ao discurso da infertilidade das mulheres gordas, o que pode levar à negligência e restringir o acesso delas à saúde.

Já ouvi diversas vezes de nutricionistas, endocrinologistas, ginecologistas e obstetras que eu jamais engravidaria por causa do meu peso, isso no primeiro contato (participante 257).

Os profissionais de saúde negam o direito de as mulheres gordas engravidarem, configurando também uma violação dos direitos sexuais e reprodutivos. Nota-se um discurso que define que tipo de mulher pode ou não engravidar, assim como falas que aterrorizam as mulheres gordas a fim de convencê-las a não engravidar.

Fui ao ginecologista consultar sobre a possibilidade de engravidar e o médico me disse que engravidar seria a pior coisa que poderia acontecer na minha vida, porque eu já era gorda e ficaria mais gorda ainda (participante 300).

Uma ginecologista disse que não recomendaria que eu engravidasse, pois provavelmente teria um filho deficiente, que eu ficaria sem respirar na gestação e que eu provavelmente mataria meu filho, se engravidasse com obesidade e, portanto, ela não me receitaria nada. Negou-se a me ajudar a engravidar enquanto eu estivesse gorda, porém eu tenho 33 anos, ou seja, não posso mais esperar tanto (participante 394).

Procurei um ginecologista porque estava sem menstruar há mais de dois meses e estava preocupada com uma possível gravidez. Ele me disse que eu não poderia nem pensar em engravidar com o peso que eu estava, porque eu e o bebê poderíamos morrer. Foi esse evento que me motivou a procurar a cirurgia bariátrica (participante 396).

Descobri minha gestação no final de dezembro de 2019, no meio do processo para bariátrica. O obstetra que me atendeu, antes de qualquer exame, disse: "você não tem peso para engravidar, você tá muito acima do peso" (participante 141).

Negar o direito à contracepção e à concepção configura uma prática violenta. Conforme as categorias de Bowser e Hill (2010), seria a discriminação baseada em certos atributos, violando a igualdade de direitos, a não discriminação e a equidade da atenção, pois envolvem tratamento diferencial, depreciando as mulheres com atributos considerados negativos (pobres, não escolarizadas, mais jovens, negras) e aqui incluímos as gordas.

Outra categoria mencionada por Bowser e Hill (2010) é o cuidado indigno e o abuso verbal, que violam o direito ao respeito e à dignidade e envolvem comunicação desrespeitosa, humilhações de caráter sexual, bem como subestimar e ridicularizar sua dor. Com os relatos das participantes, podemos observar essa abordagem violenta nas consultas ginecológicas, durante o pré-natal e no parto. Pichetti (2020) também cita a violência nas consultas de ginecologia, outra forma de violência institucional nos serviços de saúde sobre o corpo das mulheres. Ela se enquadra como uma violência de gênero e pode ser definida como:

[...] toda forma de violência física, sexual ou psicológica, ocorrida tanto no âmbito privado quanto público durante consultas ginecológicas, sendo ela um legado cultural de uma sociedade construída sob a ótica do patriarcado, na qual o corpo da mulher é objetificado (PICHETTI, 2020, p. 80).

A violência nas consultas de ginecologia vai ter suas especificidades em relação às mulheres gordas, desde inadequação da estrutura física e equipamentos inadequados, constrangimentos e preconceitos devido ao peso, assim como agressões verbais gordofóbicas.

Eu estava com candidíase e a ginecologista disse que era por causa do excesso de peso. Ela ainda foi enfática em dizer que não era gordofobia, era ciência (participante 203).

Quando engordei, minha (ex) ginecologista me disse: "como pode você ter engordado o mesmo tanto que alguém numa gestação, sem estar grávida? Quando engravidar você não vai nem conseguir sair da cama, vai precisar de um guindaste" (participante 271).

A pior experiência foi num ginecologista que me disse que eu não deveria usar calça jeans. Eu fiquei preocupada e perguntei o motivo, e ele disse que por eu ser gorda ficava horrível de calça (participante 345).

Uma vez eu disse para a ginecologista que eu estava sentindo dor no Papanicolau, ela me disse que era porque eu era muito gorda e gente gorda sente dor mesmo. Que eu nunca poderia parir porque eu era gorda e fresca (participante 190).



Alguns estudos apontam que as mulheres gordas procuraram menos exames preventivos, como, por exemplo, o exame Papanicolau (Nancy AMY *et al.*, 2006). É comum diversas mulheres relatarem desconforto, dor, vergonha, medo e até mesmo sensação de violação do próprio corpo durante o exame especular (PICHETTI, 2020). E devido à relação de poder entre profissionais e usuárias do serviço de saúde, um ato de violência e hostilidade pode ser naturalizado, ainda mais pela posição passiva em que é colocada a mulher durante esse procedimento (PICHETTI, 2020). E mesmo que ocorram situações desconfortáveis ou constrangedoras – e até mesmo se sintam violentadas – durante consultas ginecológicas, as mulheres costumam guardar consigo esses relatos, por acreditarem que não terão seus relatos validados (PICHETTI, 2020).

Outra violência institucional e de gênero contra as mulheres é a violência obstétrica (Júlia LEITE, 2017). Este termo é utilizado para descrever diversas formas de violência (e danos) no atendimento institucional à mulher durante a gravidez, parto, pós-parto e aborto (Simone DINIZ *et al.*, 2015). A violência obstétrica inclui “[...] maus tratos físicos, psicológicos e verbais, assim como procedimentos desnecessários e danosos” (Charles TESSER *et al.*, 2015, p. 2). Ela atinge as mulheres de forma diferenciada, como mostra, por exemplo, o estudo de Maria do Carmo Leal *et al.* (2017), que evidenciou que as desigualdades na atenção pré-natal e parto estão relacionadas à cor de pele e à classe social. Segundo Leal *et al.* (2017), as mulheres negras e pobres vivenciam um pré-natal mais precário, maior peregrinação por vaga nas maternidades, menor cobertura dos serviços e até mesmo menos anestesia local na sutura do períneo de mulheres negras.

Fato pouco explorado, porém, muito relatado pelas participantes, é que a violência obstétrica também é composta por gordofobia. Conforme Carolina da Natividade e Célio Costa (2021), as mulheres gordas são vítimas mais habituais de violência obstétrica. Sob justificativa de maior risco, elas recebem ofensas, comentários agressivos, entre outras violências. Abaixo são relatados alguns casos de gordofobia obstétrica desde a gestação, parto e abortamento vivenciados pelas mulheres gordas.

O obstetra que fez o parto do meu filho disse que não ia me mandar usar cinta pós-parto, já que minha barriga não tinha jeito mesmo (participante 257).

Desde as minhas consultas pré-natais ouvi que a maca não me aguentaria. Teria que me examinar no chão para não deixar as outras pacientes sem maca (participante 184).

O meu parto foi traumatizante demais para mim. Fez eu nunca mais na vida tentar engravidar novamente. Ouvi desde que a agulha da anestesia não vai chegar, ouvi risos das enfermeiras, ouvi que o avental não me serviria e que era para rasgar algum lençol velho e colocar sobre mim. Ouvi tantas coisas absurdas e tristes a meu respeito que o momento mais lindo e feliz da minha vida me traumatizou pelo resto da minha vida. Não penso em engravidar nunca mais para não precisar passar por isso novamente (participante 184).

Engordei 1 quilo na gestação e o obstetra disse que eu iria parecer uma baleia se continuasse engordando (participante 385).

Pode-se perceber, nas falas, que a gordofobia obstétrica envolve questões de acessibilidade e desumanização das mulheres gordas. A falta de acessibilidade é uma forma de negar a humanidade daquele corpo, além disso, a violência obstétrica já é uma forma de desumanização das mulheres (Debora DINIZ; Giselle CARINO, 2019). E, em relação às mulheres gordas, o abuso verbal também desumaniza ao compará-las com um animal, como forma de ridicularizá-las. A hostilidade do profissional chega ao absurdo de ameaçar e culpabilizar as mulheres pela morte dela e dos(as) filhos(as).

Quando eu estava grávida do meu segundo filho, tive um quadro de descolamento parcial de placenta. Isso me causou hemorragia e eu, como sou leiga, fiquei desesperada. Estava muito fragilizada. O obstetra de plantão na emergência do hospital do meu plano de saúde na época disse que se meu filho não morreu sufocado com a minha gordura, não iria morrer agora. E na sequência, para me examinar, me forçou a ficar entre os apoios de pernas da maca de ginecologia, mesmo claramente não me cabendo. Ao reclamar, ele disse que eu deveria aguentar, afinal, eu que comi até explodir e aquela posição era melhor para ele (participante 73).

Na minha primeira gestação a médica me olhou e logo falou “com esse peso ou você morre no parto ou essa criança nasce morta” (participante 55).

Em uma consulta de emergência, na minha segunda gravidez, só estava indisposta, então o médico falou para mim e para minha acompanhante, no caso, minha mãe, que se eu ficasse gorda assim, não veria minhas filhas criadas, pois morreria antes por causa da gordura (participante 196).

Aos 22 tive um aborto espontâneo, não sabia que estava grávida. As enfermeiras que me colocaram da maca para a cama do quarto riram e falaram que ia precisar de guindaste, outras riram falando que foi por isso que eu perdi o bebê (participante 167).

Nota-se que os abusos verbais vêm acompanhados por culpabilização e ameaças – esse tom mantém a lógica defensiva e agressiva do legado da medicalização – fundamentadas no abuso do poder médico (TESSER, 2017; DINIZ; CARINO, 2019; PICHETTI, 2020). Essa comunicação violenta muitas vezes vem disfarçada de preocupação e cuidado (PICHETTI, 2020), ou seja, é justificada pelo risco de complicações.

No centro de saúde, foi durante o acompanhamento pré-natal. Cada vez que pesava escutava que eu tinha que comer só o que faz bem para o bebê, que tinha que fechar a boca, que gente “gordinha” tem mais chances de complicações etc. Sempre em um tom meio debochado (participante 214).

As mulheres gordas grávidas são culpabilizadas pelos profissionais de saúde, que as acusam de gerar mais complicações, e repetidamente informadas de que possuem mais riscos e que seu parto será mais difícil (Deborah LUPTON, 2018; PICHETTI, 2020). Durante a gravidez, as mulheres gordas já são vistas como mães “ruins”, por representarem risco para a saúde dos seus fetos (LUPTON, 2018). Conhecer os fatores de risco deveria servir para o profissional manejar sua prática clínica de forma mais responsável e cuidadosa, isto é, de forma a qualificar o cuidado em saúde. Porém, conforme os relatos, os profissionais ficam condicionados de que aquele fator de risco é um perigo eminente e acreditam que, por isso, podem ofender, intimidar e ameaçar as mulheres gordas que engravidaram.

Durante a minha gravidez, passei 9 meses ouvindo da médica que fez o meu pré-natal que eu estava com diabetes gestacional, pois estava muito gorda. Fiz 4 exames de diabetes, e nenhum acusou alteração, e quando chegava com o resultado, ela falava que os laboratórios que meu plano cobria não eram confiáveis. Na última consulta, ela me esculachou, falando que muitas mulheres como eu sonhavam em criar seus filhos, mas morriam numa sala de parto por pré-eclâmpsia ou outra doença recorrente de ter engordado tanto durante a gravidez. Detalhe: engordei 15 quilos, nada absurdo (participante 308).

Eu estava grávida e fui fazer pré-natal, primeira consulta. A médica, que é renomada, me chamou de gorda burra por “me deixar engravidar” com aquele peso (participante 95).

Estava grávida e o médico me chamou atenção como se eu fosse inconsequente por ter engravidado aos 40 anos e gorda, sendo que a gravidez não foi planejada. Mesmo assim, fez uma brincadeira de péssimo gosto, dizendo que da próxima vez seria melhor eu colocar um comprimido no meio das minhas pernas e ficar equilibrando que só assim eu não abria as pernas para fazer outro filho (participante 255).

Segundo Diniz *et al.* (2015), quanto maior a vulnerabilidade da mulher, mais precário será o atendimento. As mulheres gordas foram repetidamente citadas pelos profissionais de saúde como mais difíceis e demandantes.

Durante a anestesia peridural dos partos cesáreos, onde os anestesistas comentavam a dificuldade de realizar a anestesia, diziam: “essa mãe é grande” (participante 233).

No final do meu parto cesáreo, a anestesista disse que eu deveria emagrecer antes de pensar em ter outro filho pois me custaria “dava trabalho”, sendo que tive uma gravidez tranquila inclusive com a minha pressão arterial 12.8 em toda a gestação (participante 237).

Quando ganhei minha filha, sofri violência obstétrica por parte do anestesista, que debochou de mim e me acusou de não colaborar com o parto por ser muito gorda (participante 76).

Uma das categorias sistematizadas por Bowser e Hill (2010) é referente ao abandono, negligência ou recusa de assistência às mulheres consideradas como queixosas, descompensadas ou demandantes, o que viola o direito ao cuidado à saúde em tempo oportuno e ao mais alto nível possível de saúde. E na prática clínica, as discriminações no atendimento se manifestam na forma de negligência, abusos e na recusa do atendimento ou realização de procedimentos que potencialmente podem gerar maiores riscos à saúde dessas mulheres.

Quando fiquei grávida pela segunda vez tive um pequeno sangramento. O médico que me atendeu no pronto atendimento (minha médica estava viajando) disse que nem valia a pena iniciar um tratamento com hormônios para tentar “segurar” o bebê, já que em função do meu peso dificilmente eu conseguiria levar a gravidez até o fim. Só consegui consulta com a minha médica uma semana depois e ela disse que ter iniciado a medicação antes poderia ter dado resultado, sem ela eu não tive chance (eu perdi o bebê na 13ª semana de gestação) (participante 226).

No meu parto, quando o médico assistente falou que não foi consultado para operar uma gorda, então perguntei se onde ele havia estudado não tinha ensinado. Quis sair da mesa cirúrgica (participante 276).

Eu estava com 120 quilos e um ginecologista disse que, se eu engravidasse, ele não queria ser meu médico, pois eu era uma bomba relógio, que eu deveria fazer uma bariátrica (participante 224).

Já sofri muito, principalmente quando engravidei. Nos exames de pré-natal, por verem que eu sou gorda, só falavam que minha gravidez era de risco, mesmo vendo meus exames bons. Uma médica obstétrica sequer quis fazer meu parto, alegando que ela não fazia parto de risco, sem ao menos ver meu caso (participante 242).

Ao longo dessa análise, é possível perceber algumas das categorias de Bowser e Hill (2010) de práticas violentas contra as mulheres nas instituições de saúde, como: cuidado indigno e abuso verbal; discriminação baseada em certos atributos; abandono, negligência ou recusa de assistência. Reiteramos que as mulheres gordas vivenciam violência institucional e de gênero assim como violações dos direitos sexuais e reprodutivos, com particularidades relacionadas com a questão do peso corporal, ou seja, associadas à gordofobia.

## Considerações finais

Foi possível certificar a dupla vulnerabilidade das mulheres gordas, as quais estão expostas à gordofobia entrelaçada com violência de gênero. Dentro dos serviços de saúde, as mulheres cis gordas estão recebendo uma abordagem machista e patriarcal, seus direitos sexuais e reprodutivos estão sendo violados e elas também estão sofrendo violência institucional e de gênero, como, por exemplo, gordofobia obstétrica.

O estudo foi abrangente e teve um grande número de participantes, mas como quase a sua totalidade foram mulheres cis, brancas e heterossexuais, são necessárias outras pesquisas envolvendo uma maior diversidade de pessoas, a fim de investigar como a gordofobia se interconecta com outras opressões e em diferentes realidades sociais. Reiteramos a importância da interseccionalidade nas pesquisas, em que se propõe a interlocução de marcadores sociais como sexo/gênero, classe, raça, etnicidade, idade, deficiência e orientação sexual, de forma a articular as consequências estruturais e dinâmicas de interação entre dois ou mais eixos da subordinação.

Como um estudo preliminar sobre o assunto, foi possível identificar algumas particularidades da gordofobia contra mulheres cis gordas dentro dos serviços de saúde, além de apontar a necessidade e a responsabilidade dos profissionais de saúde em problematizar a sua abordagem e prática profissional em relação às pessoas gordas. Ou seja, realizar o diagnóstico é o primeiro passo para elaborar medidas preventivas em relação à violência institucional contra as mulheres na saúde, a fim de evitar o afastamento das mulheres gordas dos serviços e a precarização no acesso e no cuidado em saúde.

## Referências

AGENDES, Daniela Silva. “‘Gordas, sim, por que não?’: o discurso de mulheres gordas no blog Mulherão”. In: VII SENALE: SEMINÁRIO NACIONAL LINGUAGENS E ENSINO. *Anais*, Universidade Católica de Pelotas, 2012. Disponível em [https://ucpel.edu.br/senale/cd\\_senale/2013/Textos/trabalhos/3.pdf](https://ucpel.edu.br/senale/cd_senale/2013/Textos/trabalhos/3.pdf). Acesso em 10/08/2020.

AGUIAR, Janaina Marques de; D’OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima. “Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2287-2296, 2013. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csp/a/BHJvS6SwS6DJkY6XFTk3fs/abstract/?lang=pt>.

ALVES JUNIOR, Lourivaldo Bispo; FERRER, Verônica Carneiro; MACHADO, Vanessa Wolff; MELO, Manuela Costa; TAVARES, Adriano Bueno; DIAS, Leandro da Cunha; REIS, Carla Cristina Silveira dos; CARVALHO, Lorena Bezerra. “Mulheres submetidas à cirurgia bariátrica: um estudo reflexivo sobre os cuidados reprodutivos e psicossociais”. *Brazilian Journal of Development*, v. 7, n. 8, p. 80444-80457, 2021. Disponível em <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/34381>.

AMPARO-SANTOS, Ligia; FRANÇA, Silvana Lima Guimarães; REIS, Amélia Borba Costa (Orgs.). *Obesidade(s): diferentes olhares e múltiplas expressões*. Salvador: Universidade Federal da Bahia; Universidade Federal do Recôncavo da Bahia; Universidade do Estado da Bahia; Ministério da Saúde, 2020.

AMY, Nancy K.; ALBORG, Annette; LYONS, Paul; KERANEN, Lisa. “Barriers to routine gynecological cancer screening for White and African-American obese women”. *International Journal of Obesity*, v. 30, n. 1, p. 147, 2006. Disponível em <https://www.nature.com/articles/0803105>.

ÁVILA, Maria Betânia. “Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, S465-S469, 2003. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csp/a/q9MctdsGhp3QSKspjFt5Rx/>.

BACARDÍ-GASCÓN, Montserrat; JIMÉNEZ-CRUZ, Arturo; CASTILLO-RUIZ, Octelina; BEZARES-SARMIENTO, Vidalma; LEÓN-GONZÁLEZ, Juan Marcos. "Fat phobia in Mexican nutrition students". *Nutricion hospitalaria*, v. 32, n. 6, p. 2956-2957, 2015. Disponível em <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v32n6/80perspectiva01.pdf>.

BALBINO, Jéssica. "Será que as silhuetas dissidentes estão sempre condenadas à solidão? Por que é tão difícil assumir um relacionamento com uma mulher fora do peso considerado adequado pelo padrão vigente?". *Hysteria*, 22/01/2020. Disponível em <http://hysteria.etc.br/ler/corpos-grandes-e-invisiveis-a-solidao-da-mulher-gorda/>. Acesso em 21/11/2021.

BOWSER, Diana; HILL, Kathleen. "Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis". *USAID-TRAction Project*, Harvard School of Public Health University Research Co., LLC, 2010. Disponível em [https://content.sph.harvard.edu/wwwhsph/sites/2413/2014/05/Exploring-Evidence-RMC\\_Bowser\\_rep\\_2010.pdf](https://content.sph.harvard.edu/wwwhsph/sites/2413/2014/05/Exploring-Evidence-RMC_Bowser_rep_2010.pdf).

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica – nº 8. *Violência Intrafamiliar – Orientações para a Prática em Serviço*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CAMPOS, Jussara Maysa; AKUTSU, Rita de Cássia Coelho de Almeida; SILVA, Izabel Cristina Rodrigues; OLIVEIRA, Karin Savio; MONTEIRO, Renata. "Gênero, segurança alimentar e nutricional e vulnerabilidade: o Programa das Mulheres Mil em foco". *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 1529-1538, 2020. Disponível em <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/genero-seguranca-alimentar-e-nutricional-e-vulnerabilidade-social-o-programa-mulheres-mil-em-foco/16935?id=16935>.

COSTA, Ana Maria; GUILHEM, Dirce; SILVER, Lynn Dee. "Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão". *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, v. 6, n. 1, p. 75-84, 2006. Disponível em <https://www.scielo.br/rbsmi/a/K5vt7x9mPyqHVFgmzLkMb/abstract?lang=pt>.

CUELLAR, Maryi Lorena Puentes; ORTIZ, Kedhna Leandra Llanos. "Como se construye la corporalidad en las mujeres víctimas de la violencia por su ex-esposo y compañero sentimental de 16-25 años en el municipio de Neiva". *Dr. Félix Nieto*, v. 4, n. 1, p. 65, 2013.

DA NATIVIDADE, Carolina dos Santos Jesuino; COSTA, Célio Juvenal. "Processos civilizadores nas redes sociais e a gordofobia". *Perspectivas em Diálogo: revista de educação e sociedade*, v. 8, n. 17, p. 114-130, 2021. Disponível em <https://periodicos.ufms.br/index.php/persdia/article/view/12735>.

DINIZ, Debora; CARINO Giselle. "Violência obstétrica, uma forma de desumanização das mulheres". *El País*, 20/03/2019. Disponível em [https://brasil.elpais.com/brasil/2019/03/21/opinion/1553125734\\_101001.html](https://brasil.elpais.com/brasil/2019/03/21/opinion/1553125734_101001.html). Acesso em 30/09/2021.

DINIZ, Simone Grilo; SALGADO, Heloisa de Oliveira; ANDREZZO, Halana Faria de Aguiar; CARVALHO, Paula Galdino Cardin de; CARVALHO, Priscila Cavalcanti Albuquerque; AGUIAR, Cláudia Azevedo; NIY, Denise Yoshie. "Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention". *Journal of Human Growth and Development*, v. 25, n. 3, p. 377-384, 2015. DOI: 10.7322/jhgd.106080.

FARRELL, Amy Erdman. *Fat shame: stigma and fat body in American culture*. Nova York: New York University Press, 2011.

FERREIRA, Arthur Pate de Souza; SZWARCOWALD, Célia Landmann; DAMACENA, Giseli Nogueira. "Prevalência e fatores associados da obesidade na população brasileira: estudo com dados aferidos da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013". *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 22, 2019. Disponível em <https://www.scielo.br/rbepid/a/ZqgTbxFkLrQBvDq5Z5tXcG/>.

FERREIRA, Vanessa Alves; MAGALHÃES, Rosana. "Práticas alimentares cotidianas de mulheres obesas moradoras da Favela da Rocinha (Rio de Janeiro, RJ, Brasil)". *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, p. 2983-2991, 2011. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/fXwJyGG7m3Cq8WLRqzSxSVf/?lang=pt>.

GAUTÉRIO, Carla Rosane Mattos; SILVA, Méri Rosane Santos da. "As diferentes vozes das mulheres do grupo Colméia: o corpo gordo feminino". *REDSIS – Revista Didática Sistemática*, Rio Grande, v. 16, n. Esp. 1, p. 21-33, 2014. Disponível em <https://periodicos.furg.br/redsist/article/view/5208>.

GELSLEICHTER, Mayara Zimmermann. *Aspectos sociais e de gênero da obesidade em mulheres no serviço de cirurgia bariátrica do HU/UFSC*. 2019. Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

GONÇALVES, Clarissa Azevedo. "O 'peso' de ser muito gordo: um estudo antropológico sobre obesidade e gênero". *Mneme – Revista de Humanidades*, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, v. 5, n. 11, jul./set. 2004.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa Nacional de Saúde 2013*. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2015.

JIMENEZ, Maria Luisa Jimenez. "Gordofobia: injustiça epistemológica sobre corpos gordos". *Epistemologias do Sul*, v. 4, n. 1, p. 144-161, 2020. Disponível em <https://revistas.unila.edu.br/epistemologiasdosul/article/view/2643>.

LANGDON, Jody; RUKAVINA, Paul; GREENLEAF, Christy. "Predictors of obesity bias among exercise science students". *Advances in physiology education*, v. 40, n. 2, p. 157-164, 2016. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27068990/>.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; PEREIRA, Ana Paula Esteves; PACHECO, Vanessa Eufrauzino; CARMO, Cleber Nascimento do; VENTURA, Ricardo Ventura. "A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil". *Cad. Saúde Pública*, 33 Sup 1:e00078816. DOI: 10.1590/0102-311X00078816. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csp/a/LyHbHcHxdFbYsb6BDSQHb7H/?format=pdf&lang=pt>.

LEITE, Júlia Campos. "A desconstrução da violência obstétrica enquanto erro médico e seu enquadramento como violência institucional e de gênero". In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO, v. 11. & 13th WOMEN'S WORLDS CONGRESS, *Anais Eletrônicos*, ISSN 2179-510X, Florianópolis, 2017. Disponível em [https://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499455813\\_ARQUIVO\\_ARTIGOFAZENDOGENERO.pdf](https://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499455813_ARQUIVO_ARTIGOFAZENDOGENERO.pdf).

LUPTON, Deborah. *Fat*. 2 ed. Nova Iorque: Routledge, 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12 ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2010.

MOREIRA, Gracyelle Alves Remigio; VIEIRA, Luiza Jane Eyre de Souza; CAVALCANTI, Ludmila Fontenele; SILVA, Raimunda Magalhães da; FEITOZA, Aline Rodrigues. "Manifestações de violência institucional no contexto da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual". *Revista Saúde e Sociedade*, v. 29, n. 1, 2020. DOI: 10.1590/S0104-12902020180895. Acesso em 18/05/2020.

MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio. *Domesticando corpos, construindo médicos: das relações de gênero a uma sociologia da profissão*. 2017. Mestrado – Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. Disponível em <https://mobile.repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/176795/345868.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

NARVAZ, Martha Giudice; KOLLER, Sílvia Helena. "Metodologias feministas e estudos de gênero: articulando pesquisa, clínica e política". *Psicologia em estudo*, v. 11, n. 3, p. 647-654, 2006. Disponível em <https://www.scielo.br/j/pe/a/NGxfm9MK4wBdpJ7twQzvfYM/abstract/?lang=pt>.

OBARA, Angélica Almeida; VIVOLO, Sandra Roberta Gouvea Ferreira; ALVARENGA, Marle dos Santos. "Preconceito relacionado ao peso na conduta nutricional: um estudo com estudantes de nutrição". *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, 2018. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csp/a/YkFF7RGtnDP8kQmCHzk5sBS/abstract/?lang=pt>.

PHELAN, Sean M.; BURGESS, Diana J.; YEAZEL, Mark W.; HELLERSTEDT, Wendy L.; GRIFFIN, Joan M.; van RYN, Michelle. "Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity". *Obes Rev.*, v. 16, n. 4, p. 319-326, Apr. 2015. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25752756/>.

PICHETTI, Débora Zichtl Campos Mariani. *Entre o discurso médico e a percepção de si: Narrativas da violência de gênero em ginecologia*. 2020. Graduação (Medicina) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. Disponível em <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/217665?show=full>.

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



RODRIGUES, Cristiano. "Atualidade do conceito de interseccionalidade para a pesquisa e prática feminista no Brasil". In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO, *Anais*, v. 10, 2013. Disponível em [https://www.fg2013.www.eventos.dype.com.br/resources/anais/20/1373303618\\_ARQUIVO\\_cristianorodriguesFG2013.pdf](https://www.fg2013.www.eventos.dype.com.br/resources/anais/20/1373303618_ARQUIVO_cristianorodriguesFG2013.pdf).

SENS, Maristela Muller; STAMM, Ana Maria Nunes de Faria. "A percepção dos médicos sobre as dimensões da violência obstétrica e/ou institucional". *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 23, e170915, 2019. Disponível em <https://www.scielo.br/j/icse/a/jQy8NkBxxx5Zgw3wrpnPY9n/?lang=pt>.

SIKORSKI, Claudia; LUPPA, Melanie; GLAESMER, Heide; BRÄHLER, Elmar; KÖNIG, Hans-Helmut; RIEDEL-HELLER, Steffi G. "Attitudes of health care professionals towards female obese patients". *Obesity facts*, v. 6, n. 6, p. 512-522, 2013. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24296724/>.

SILVA, Monalisa Nanaina da; MONTEIRO, Juliana Cristina dos Santos. "Representatividade da mulher negra em cartazes publicitários do Ministério da Saúde". *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 52, e03399, 2018. Disponível em <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/Q3DNtfSy7kKQZbwrpjDcCgz/abstract/?lang=pt>.

SILVA, Sílvia Elaine da; SANTOS, Paloma Rosa dos. "Gordofobia médica: manifestação de um estigma social como violação de direitos humanos". In: SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes; MARÇAL, Felipe; SILVA, Leonardo Rabelo de Matos; REIS, Vanessa Velasco Hernandez Brito (Orgs.). *Direitos sociais e efetividade*. 1 ed. Rio de Janeiro: Grupo Multifoco, 2019.

SOUZA, Luciana Karine de. "Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática". *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 71, n. 2, p. 51-67, 2019. Disponível em [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672019000200005](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672019000200005).

TAROZO, Maraisa; PESSA, Rosane Pilot. "Impacto das consequências psicossociais do estigma do peso no tratamento da obesidade: uma revisão integrativa da literatura". *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 40, 2020. Disponível em <https://www.scielo.br/j/pcp/a/9d9n8t7VzTRQqXQYpdPrFtv/>.

TEO, Carla Rosane Paz Arruda. "Discursos e a construção do senso comum sobre alimentação a partir de uma revista feminina". *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 333-346, 2010. Disponível em <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/96ZGLt64fw683dkWwgtTxNf/abstract/?lang=pt>.

TESSER, Charles Dalcanale. "Por que é importante a prevenção quaternária na prevenção?". *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 51, n. 116, 2017. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/5S9gmdRPLsRGhd7nyVqTRsf/abstract/?lang=pt>.

TESSER, Charles Dalcanale; KNOBEL, Roxana; ANDREZZO, Halana Faria de Aguiar; DINIZ, Simone Grilo. "Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer". *Rev Bras Med Fam Comunidade*, v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015. Disponível em <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1013>.

WITT, Juliana da Silveira Gonçalves Zanini; SCHNEIDER, Aline Petter. "Nutrição Estética: valorização do corpo e da beleza através do cuidado nutricional". *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, p. 3909-3916, 2011.

WOLF, Naomi. *O mito da beleza: como as imagens de beleza são usadas contra as mulheres*. Rio de Janeiro: Rocco, 1992.

**Marina Bastos Paim** ([marina.bastos@uniplaclages.edu.br](mailto:marina.bastos@uniplaclages.edu.br); [marinabastosp@gmail.com](mailto:marinabastosp@gmail.com)) é doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), mestra em Saúde Coletiva (UFSC) e graduada em Nutrição (UFSC).

**Bruna Lima Selau** ([bselau@gmail.com](mailto:bselau@gmail.com)) é doutoranda em Saúde Coletiva na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), mestra em Saúde Coletiva (UFSC), graduada em Educação Física pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Especialista em Saúde da Criança pelo Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

**Douglas Francisco Kovalski** ([douglas.kovalski@ufsc.br](mailto:douglas.kovalski@ufsc.br); [douglas.kovalski@gmail.com](mailto:douglas.kovalski@gmail.com)) é Professor Associado no Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), coordena o Núcleo de Estudos em Democracia, Associativismo e Saúde. Doutor em Saúde Coletiva (UFSC), pós-doutor pelo Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra e mestre em Saúde Pública (UFSC).

#### COMO CITAR ESTE ARTIGO DE ACORDO COM AS NORMAS DA REVISTA

PAIM, Marina Bastos; SELAU, Bruna Lima; KOVALESKI, Douglas Francisco. "Gordofobia nos serviços de saúde e violência de gênero contra as mulheres gordas". *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 33, n. 1, e96405, 2025.

#### CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Marina Bastos Paim: concepção, coleta de dados e análise de dados, elaboração do manuscrito, redação, discussão de resultados.

Bruna Lima Selau: análise de dados, elaboração do manuscrito, redação, discussão de resultados.

Douglas Francisco Kovalesski: concepção, coleta de dados e análise de dados, elaboração do manuscrito, redação, discussão de resultados.

#### FINANCIAMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

#### CONSENTIMENTO DE USO DE IMAGEM

Não se aplica.

#### APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O projeto possui aprovação do CEPESH/UFSC (CAAE 30225320.7.0000.0121 e número do Parecer: 3.972.268).

#### CONFLITO DE INTERESSES

Não se aplica.

#### LICENÇA DE USO

Este artigo está licenciado sob a Licença Creative Commons CC-BY 4.0 International. Com essa licença você pode compartilhar, adaptar, criar para qualquer fim, desde que atribua a autoria da obra.

#### HISTÓRICO

Recebido em 20/09/2023  
Reapresentação em 17/10/2024  
Aprovado em 24/10/2024

