



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

MARIA EDUARDA GARCIA MORAES WU

O PESO DO PRECONCEITO: uma análise da gordofobia como obstáculo ao
acesso à saúde para pessoas obesas em São Luís-MA.

São Luís
2025

MARIA EDUARDA GARCIA MORAES WU

O PESO DO PRECONCEITO: uma análise da gordofobia como obstáculo ao acesso à saúde para pessoas obesas em São Luís-MA.

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Serviço Social,
da Universidade Federal do Maranhão,
como requisito para obtenção do grau de
Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Silse Teixeira de
Freitas Lemos

São Luís
2025

MARIA EDUARDA GARCIA MORAES WU

O PESO DO PRECONCEITO: uma análise da gordofobia como obstáculo ao acesso à saúde para pessoas obesas em São Luís-MA.

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Serviço Social,
da Universidade Federal do Maranhão,
como requisito para obtenção do grau de
Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Silse Teixeira de
Freitas Lemos

Aprovado em: 11 /03 /2025.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Silse Teixeira de Freitas Lemos (Orientadora)
Universidade Federal do Maranhão- UFMA

Profa. Dra. Naíres Raimunda Gomes Faria
Universidade Federal do Maranhão- UFMA
Examinadora

Profa. Dra. Silvane Magali Vale Nascimento
Universidade Federal do Maranhão- UFMA
Examinadora

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Wu, Maria Eduarda Garcia Moraes.

O peso do preconceito : uma análise da gordofobia como
obstáculo ao acesso a saúde em São Luís-MA / Maria Eduarda
Garcia Moraes Wu. - 2025.

75 p.

Orientador(a): Silse Teixeira de Freitas Lemos.

Monografia (Graduação) - Curso de Serviço Social,
Universidade Federal do Maranhão, São Luis-ma, 2025.

1. Gordofobia. 2. Saúde Pública. 3.
Capitalismo. 4. Padrão de Beleza. I. Lemos, Silse
Teixeira de Freitas.

II. Título.

*Dedico este trabalho à minha avó,
Eduarda da Conceição Soares, minha
fonte inesgotável de sabedoria, amor e
inspiração.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, à Deus, por abençoar e iluminar toda a minha trajetória acadêmica e minha vida.

À minha orientadora, a profa. Silse Teixeira de Freitas Lemos por todo auxílio, paciência e pelos ensinamentos repassados no processo de escrita deste trabalho.

À Universidade Federal do Maranhão, instituição que sempre foi meu sonho desde a infância, e que me proporcionou não apenas valiosos aprendizados, mas também momentos inesquecíveis e, acima de tudo, amizades para a vida inteira.

Ao corpo docente do Departamento de Serviço Social da UFMA, por todos ensinamentos, mas principalmente por todas as inquietações que me motivaram a sempre buscar mais e a escrever esta pesquisa.

À minha mãe, Josilene Moraes, cujo apoio e amor foram indispensáveis nesta caminhada. Minha maior referência de vida e exemplo de persistência e sabedoria. Minha fonte de amor incondicional. Em todos os momentos em que pesou, ela me ajudou a segurar o fardo. Sem ela, nada teria sido possível.

Ao meu padrasto, Emiliano Lourenço, por todo carinho e caronas até a universidade, e à minha irmã, Sarah Julia, pelas risadas que, mesmo indiretamente, foram cruciais para mim.

À minha avó, Concita Garcia, que desde cedo me ensinou e incentivou a estudar e ter os estudos como a base da minha vida e ao meu avô, Boaventura Garcia Moraes (*in memoriam*), que não pode me ver realizando o sonho de entrar na universidade, mas que carreguei em meu coração durante todo este processo, com a certeza de que ele estava ao meu lado.

Às minhas amigas, Maristela Amorim e Nathaly Barros. Uma das minhas citações literárias preferidas diz: “Era uma pessoa igual a cem mil outras, mas fiz dela um amigo e agora ela é única no mundo”. Em 2019, nos conhecemos e vocês se tornaram únicas para mim. Levo esta amizade em meu coração e espero que assim seja para sempre. Obrigada por não terem me deixado desistir.

À minha amiga Julia Emilia, minha fiel escudeira no curso de Serviço Social, minha parceira desde a primeira semana de aula até a escrita deste trabalho. Para mim é uma honra poder contar com você sempre e saiba que sempre poderá contar comigo. Obrigada por todo o apoio.

Às minhas companheiras de curso e trajetória universitária, em especial a Francynilde Cardoso e Fernanda Vanisse que compartilharam comigo os momentos da graduação, especialmente os trabalhos em grupo.

Por fim, agradeço também às famílias Garcia Moraes e Soares por todo carinho e suporte nesta trajetória. Grande parte do que aprendi e do que sou vem do que aprendi com vocês. Muito obrigada!

“Há sempre algum padrão de beleza que você não está atendendo. Porque se você for magra o suficiente, então não tem as curvas que todo mundo quer, mas se tiver peso o suficiente para ter essas curvas, então sua barriga não é lisa o suficiente. É tudo simplesmente impossível.”

(Taylor Swift, 2020, tradução nossa)

RESUMO

A gordofobia é uma forma de discriminação que marginaliza pessoas gordas, restringindo seu acesso a direitos, incluindo os serviços de saúde. Este estudo tem como objetivo analisar a gordofobia como preconceito que dificulta o acesso da população obesa à saúde. Especificamente, busca compreender a evolução da política de saúde no Brasil e sua configuração como direito universal, além de investigar a construção social do padrão corporal idealizado e sua relação com a gordofobia, e analisar as experiências de obesos no atendimento médico. A pesquisa baseou-se no materialismo histórico-dialético, com revisão bibliográfica e estudo de campo. Foram analisados artigos científicos, legislações e aplicado um questionário a pessoas obesas em São Luís-MA para entender suas percepções sobre o acesso à saúde, cujos dados foram analisados de forma qualitativa. Os resultados obtidos revelaram que a gordofobia está presente no atendimento médico, evidenciada pela falta de infraestrutura, negligência e culpabilização dos pacientes obesos. Constatou-se também que o sistema público de saúde de São Luís-MA não oferece políticas específicas para essa população, dificultando o acesso a cuidados adequados. A pesquisa aponta a necessidade de combater a discriminação estrutural contra pessoas obesas, para que a saúde pública cumpra seu princípio de universalidade.

Palavras-chave: Gordofobia; saúde pública; capitalismo; padrão de beleza.

ABSTRACT

Fatphobia is a form of discrimination that marginalizes obese people, restricting their access to basic rights, including healthcare services. This study aims to analyze fatphobia as a prejudice that prevents the obese population's access to healthcare. Specifically, it seeks to understand the development of health policy in Brazil and its configuration as a universal right, investigate the social construction of an idealized body standard and its connection to fatphobia, and examine the experiences of obese individuals in medical care. The research employed the historical-dialectical materialism methodology, with a literature review and field study. Scientific articles, legislation, and a questionnaire applied to obese individuals in São Luís-MA were analyzed to understand their perceptions of healthcare access, with the data examined qualitatively. The results revealed that fatphobia is present in medical care, evidenced by a lack of infrastructure, negligence, and the blaming of obese patients. It was also found that the public health system in São Luís-MA does not offer specific policies for this population, making it difficult for them to access adequate care. The research highlights the need to combat structural discrimination against obese individuals so that public healthcare fulfills its principle of universality.

Keywords: Fatphobia; public health; capitalism; beauty standards.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: um breve histórico.....	17
2.1 O SUS SOB LENTE NEOLIBERAL.....	25
3 O CORPO GORDO E OS PADRÕES DE BELEZA: uma reflexão sobre as percepções socioculturais.....	31
3.1 AS FACES DA GORDOFOBIA.....	34
4 A GORDOFOBIA E SUAS IMPLICAÇÕES NO ÂMBITO DA SAÚDE: uma análise a partir das vivências de pacientes obesos em São Luís-MA.....	41
4.1 A ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE MUNICIPAL DE SÃO LUÍS.....	42
4.2 A GORDOFOBIA MÉDICA NO ATENDIMENTO HOSPITALAR: vivências em São Luís.....	45
5 CONCLUSÃO.....	57
REFERÊNCIAS.....	62
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO APLICADO AOS ENTREVISTADOS.....	72
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	75

1 INTRODUÇÃO

Toda a história da humanidade é composta por padrões de beleza, que, mesmo mutáveis, sempre foram ponto crucial para as relações sociais. Assim sendo, historicamente, a preocupação com a aparência continuamente foi um tema discutido. Na Grécia Antiga, por exemplo, havia forte valorização do nu masculino e forte incentivo para que os homens exibissem seus corpos. Já na Idade Média, por conta do intenso misticismo religioso, o corpo não deveria ser exibido. Avançando, no século XVIII, a sociedade valorizava intensamente os corpos magros, especialmente a partir da popularização do uso de espartilhos e outras técnicas para afinar a cintura. Assim, é possível notar que em cada período histórico houve um estereótipo considerado aceitável como a forma correta de beleza, sendo este, em sua maioria, atrelado ao ideal de corpo esguio (Flor, 2009).

Contudo, na contemporaneidade, a beleza corporal tornou-se ainda mais valorizada e perseguida pelos indivíduos. Consequentemente, academias de ginástica, consultórios de cirurgias plásticas e clínicas estéticas ganharam cada vez mais força e tornaram-se um nicho de imenso lucro. Outrossim, o surgimento e divulgação de produtos de emagrecimento se tornaram cada vez mais populares, colocando em cheque, através das extensivas propagandas midiáticas, o bem estar dos indivíduos com seus próprios corpos.

Na retaguarda da construção dos padrões de beleza está a forte influência de uma ideologia política, econômica e social difundida vigorosamente pelo sistema capitalista. Tal fato pode ser observado na atual sociedade, uma vez que a estética corporal serve também como um divisor social, tanto no que tange o acesso a bens de consumo como roupas e cosméticos quanto no processo de exclusão daqueles que não estão dentro do padrão de beleza existente e difundido, especialmente com a grande ascensão das mídias sociais.

Além disso, na sociedade moderna o corpo adquire também valor simbólico, já que serve como um identificador de classe social. É nessa perspectiva que Goldenberg (2002) afirma que o corpo quando “cultivado sob a moral da boa forma, surge como marca indicativa de certa virtude superior daquele que o possui. Um corpo coberto de signos distintos que, mesmo nu, exalta e torna visíveis as diferenças entre grupos sociais”.

Outrossim, Fischler (1995) afirma que o corpo constitui, nas sociedades modernas, um papel que advém de coerções sociais, isto é, advém de um modelo

criado e difundido socialmente segundo os padrões considerados adequados. Na contemporaneidade, o corpo é visto como uma figuração social, ou seja, é baseado nele que os juízos de valor são emitidos. Por isso, este corpo deve ser construído e moldado, escondendo inseguranças, gordura, envelhecimento e “imperfeições”. Dessa forma, cria-se a ideia de que o corpo é um investimento e que se deve sempre buscar a melhor aparência possível.

Nesta perspectiva, todos aqueles que não seguem esta ideia são passíveis de punição. Exemplificando, basta analisar o tratamento existente com as pessoas obesas, que experimentam, em todos os âmbitos da sociedade, um processo de exclusão social e desprezo, pura e unicamente por não estarem dentro dos padrões estabelecidos, fortalecendo a difusão dos estereótipos de corpo perfeito, surgindo assim, uma forma de preconceito contra pessoas obesas intitulada gordofobia.

Por conseguinte, as faces da gordofobia e suas consequências podem ser vistas em todos os âmbitos do corpo social. Especialmente por ser sustentada pelo discurso de poder, beleza e, principalmente, de saúde, acaba por gerar a exclusão social e reforçar o estereótipo existente em relação às pessoas gordas. Soma-se a isso, o fato de que, para maior parte da população, a gordofobia não é vista como um problema, mas como uma expressão de opinião, ou ainda como algo positivo.

Esse discurso estigmatizador que relaciona o corpo gordo com falta de saúde é criado dentro de um processo que culpabiliza o indivíduo, já que no corpo social a saúde é vista como uma responsabilidade individual. Nesse cenário, a gordofobia acaba por gerar consequências no âmbito social, dentre elas a negação de direitos fundamentais às pessoas obesas, com destaque aos serviços de saúde.

Durante muito tempo, no que tange às políticas sociais, este segmento populacional foi completamente ignorado pela legislação brasileira. As primeiras medidas instituídas no país datam somente da década de 2000 quando, por meio da Política Nacional de Segurança Alimentar e, mais tarde, da Política Nacional de Promoção da Saúde, institui-se no país um conjunto de programas e ações que afetaram diretamente um ou mais condicionantes da obesidade. Nesse cenário, o Sistema Único de Saúde (SUS) deveria desempenhar função estratégica através da oferta de serviços como: diagnóstico precoce, procedimentos cirúrgicos e medicamentosos em casos graves e a promoção da alimentação saudável.

Contudo, os princípios basilares do SUS, universalidade, integralidade e equidade, batem de frente com as formas estruturais de preconceito no país, dentre

elas a gordofobia. Isso ocorre pois o preconceito estrutural acaba por provocar a invisibilidade dos indivíduos marginalizados, levando à perpetuação de desigualdades. Assim sendo, formas de preconceito como racismo, machismo, etarismo, gordofobia, entre outras acabam influenciando significativamente o acesso e a qualidade dos serviços de saúde para essa parte da população (Ferreira, 2016).

Por exemplo, os princípios da universalidade e da integralidade, que garantem acesso à saúde para toda a população, com um cuidado contínuo e completo, constantemente esbarram com a realidade da desigualdade social e econômica da sociedade brasileira. Já que usualmente, as pessoas que fazem parte dessas minorias encontram-se em situação de vulnerabilidade e enfrentam barreiras para obter cuidados adequados, seja por falta de recursos e infraestrutura ou por conta do preconceito (Medeiros et al, 2024).

Da mesma forma, a equidade, que visa a oferecer mais recursos e cuidados a quem mais precisa, entra em conflito com as formas estruturais de preconceito, como o racismo e a discriminação socioeconômica. Uma pesquisa realizada por Silva e Lima (2021) destaca que a população negra frequentemente enfrenta discriminação no acesso e na qualidade dos serviços de saúde, o que compromete a efetividade da política de equidade do SUS. Portanto, percebe-se que o preconceito estrutural contribui para a perpetuação das desigualdades na saúde, dificultando a plena realização dos princípios do SUS, evidenciando como o enfrentamento dessas barreiras é crucial para a concretização dos princípios de universalidade, integralidade e equidade na prática do Sistema.

Nesse cenário, a gordofobia, apesar de uma forma de preconceito recente, não está de fora do quadro. Como pode ser observado em casos como o do jovem Vitor Marcos, de 25 anos, que, no ano de 2023, faleceu em uma ambulância em frente a um hospital público do Estado de São Paulo devido à falta de macas para pessoas obesas. O falecimento ocorreu após 3 horas de espera. Segundo relatos de seus familiares, o jovem passou por outras 5 unidades de saúde e teve atendimento negado por falta de equipamentos necessários para o atendimento de pacientes obesos (G1, 2023).

O caso de Vitor Marcos é apenas mais um em uma sociedade composta por mais de 6 milhões de indivíduos obesos, dos quais, segundo uma pesquisa realizada pela Sociedade Brasileira de Endocrinologia em parceria com a Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (2022),

85% destes indivíduos já sofreram algum tipo de gordofobia. Este dado demonstra como a sociedade brasileira de forma geral está despreparada para atender e lidar com esta parcela da população e destaca a necessidade de adoção de medidas para combater esta problemática.

Assim sendo, este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), cujo objeto de estudo é a análise da gordofobia como um obstáculo ao acesso à saúde para pessoas obesas em São Luís-MA, teve por objetivo geral analisar a gordofobia como uma forma de preconceito que impede o acesso de pessoas obesas aos serviços de saúde em São Luís-MA. Já como objetivos específicos, buscou-se: compreender o processo histórico de formação da política de saúde no Brasil e sua configuração enquanto direito universal; analisar a construção social de um padrão corporal considerado “perfeito” e sua influência no processo de surgimento da gordofobia; estudar as faces da gordofobia e levantar as experiências de pessoas obesas no acesso aos serviços de saúde, em São Luís-MA.

O interesse pela temática e escolha do objeto de estudo se inserem no contexto da graduação, no qual a discente teve forte contato com o estudo da Política de Saúde, sendo esta sua área de estágio curricular. A partir disso, concretizou-se o interesse em desenvolver a pesquisa nesta área. Ademais, justificou-se ainda pelo acesso a reportagens que tratavam sobre o caso, apresentado anteriormente, de um jovem que faleceu após não conseguir atendimento médico, pois os hospitais procurados não possuíam macas para pessoas obesas. Neste cenário, um aspecto chamou atenção: o acesso aos serviços de saúde e as dificuldades enfrentadas pelas pessoas obesas na busca por esse atendimento.

Prosseguindo, a pesquisa se fundamentou na ausência de estudos, especialmente a nível local, sobre o tema. Evidenciando como a temática está sendo negligenciada, uma vez que possui grande relevância social no cenário atual, no qual discussões referentes ao corpo e, especialmente, sobre o descaso com o corpo gordo tem se fortalecido. Tratando-se do Serviço Social, verificou-se que estudos referentes a este tema são quase inexistentes. No contexto da Universidade Federal do Maranhão, por exemplo, não existem pesquisas que se ocupem da investigação das consequências sociais da gordofobia, já que todos os trabalhos sobre este assunto são de caráter biológico e médico.

No que tange a metodologia utilizada, para a realização da análise do objeto de pesquisa proposto, utilizou-se o materialismo histórico-dialético. De acordo com Netto (2009), a razão da realizada ser concreta, é por ser a síntese de diversas determinações, por isso, entendeu-se a necessidade de apreender a base material que permeia o objeto de estudo e a totalidade das relações sociais.

Sob tal perspectiva, o materialismo histórico-dialético de Karl Marx oferece uma base teórica essencial para a pesquisa em ciências sociais, especialmente na área da saúde (Minayo, 2007). Essa abordagem, proposta pelo filósofo alemão, combina o materialismo, cuja ideia principal é a primazia das condições materiais sobre as ideias, isto é, o mundo material, composto pela economia, forças produtivas e as relações de produção, influi diretamente na formação de ideias, valores e relações de uma sociedade. E a dialética, que busca entender o desenvolvimento social por meio das contradições e conflitos. Em outras palavras, essa abordagem visa analisar as tensões e oposições existentes dentro de uma sociedade enquanto impulsionadoras de mudanças (Marx, 2013; Marx; Engels, 2005).

Ademais, no materialismo, as condições materiais e econômicas influem na história e no desenvolvimento das sociedades humanas. Ou seja, em suma, as relações econômicas refletem os interesses materiais mais proeminentes de qualquer grupo humano. No entanto, esses interesses materiais também se manifestam em diversas outras áreas da vida social, como a política, o direito, a religião, as artes e as interações pessoais (Malagodi, p. 1988).

Por isso, a escolha deste método revela a necessidade de analisar os aspectos históricos e socioeconômicos do objeto de estudo, sempre tendo em vista as contradições inerentes ao sistema capitalista e à perspectiva de garantia integral dos direitos sociais básicos. Nesse cenário, visando responder ao objetivo central desta pesquisa, foi realizada uma revisão de literatura sobre o tema em questão, focando nas categorias teóricas centrais, sendo elas: capitalismo, padrão de beleza, gordofobia e a política de saúde. Logo, foram analisados livros, artigos científicos, teses, aparatos legais, entre outros.

Outrossim, visando a coleta das informações, outro procedimento metodológico utilizado foi o estudo de campo. Baseando-se nos escritos de Gil (2008), que diz que os estudos de campo buscam o aprofundamento das questões propostas, a realização deste tipo de pesquisa objetiva alcançar maior riqueza de

detalhes a partir da exploração de relatos apreendidos no corpo social. Para tanto, o instrumento utilizado foi o questionário, conforme ressaltam Gaio; Carvalho e Simões (2008, p.159):

[...] o questionário é respondido pelo próprio entrevistado, sendo composto de perguntas abertas (aquelas em que o pesquisado tem liberdade total para responder), de perguntas fechadas (aquelas que restringem a liberdade de respostas) ou mistas em que se mesclam as duas opções.

Dessa forma, foi utilizado um questionário misto, apresentando dados obtidos na primeira fase, para assim examinar a percepção dos participantes da pesquisa em relação ao acesso aos serviços de saúde e obter maior compreensão de suas visões.

Por fim, a análise dos dados coletados foi feita de forma qualitativa. De acordo Minayo (2007), a pesquisa qualitativa é uma metodologia que visa entender fenômenos sociais através das experiências, percepções e significados que as pessoas atribuem às suas vidas. Assim sendo, esta abordagem metodológica se dedica a explorar os contextos, narrativas e a profundidade das relações sociais, não inteirando-se apenas em dados quantitativos e estatísticos. Portanto, esta abordagem foi escolhida, uma vez que objetivou-se com esta pesquisa contribuir para a reflexão crítica sobre os direitos da população obesa, ou melhor dizendo, sobre a negação destes, principalmente no campo da saúde.

Para tratar do objeto de estudo selecionado, este trabalho estruturou-se em quatro capítulos. O primeiro deles fornece um panorama geral sobre a política de saúde no Brasil. No segundo capítulo, será explorada a relação entre a concepção de corpo e o surgimento e a perpetuação da gordofobia, com uma análise das suas diferentes manifestações. O terceiro capítulo apresentará a gordofobia médica e analisará os resultados da pesquisa de campo realizada, enquanto o último capítulo dedica-se às considerações finais, baseadas nas conclusões obtidas durante o estudo.

2 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: um breve histórico

O desenvolvimento da política de saúde no Brasil se deu a partir da premissa de ser um direito universal e constitucionalmente garantido. Todavia, ao longo de sua formação e implementação na sociedade brasileira, falhou em considerar as diversas formas de preconceito que a permeiam, dentre as quais, a gordofobia. Nesse cenário, apesar de seu objetivo de garantir a saúde a toda a população, a estrutura de saúde pública brasileira muitas vezes reflete e perpetua preconceitos sociais, incluindo a discriminação contra pessoas gordas. Assim, ao ignorar a gordofobia, e outras formas de preconceitos como um fator de exclusão, a política de saúde desconsidera a complexidade do acesso universal, limitando o direito à saúde para uma parcela significativa da população.

Essas limitações no acesso universal estão enraizadas em um processo histórico denso e intimamente ligado à conjuntura social, cultural e econômica do país em seus diferentes períodos. Logo, a compreensão da política de saúde hoje pressupõe, antes de tudo, uma contextualização de seu processo de formação.

As primeiras medidas voltadas para a saúde da população brasileira surgiram no período colonial. No século XVIII, a assistência médica focava-se na filantropia, enquanto no século XIX, com as mudanças econômicas e políticas experimentadas no país, surgem novas demandas no campo da saúde pública, como a vigilância dos profissionais e a realização de campanhas pontuais. É apenas no final deste século que a saúde aparece como uma nascente reivindicação do movimento operário (Bravo, 2006).

Segundo Braga e Paula (1987), é somente no século XX que a saúde emerge como questão social no Brasil, isto porque passa a ser atrelada à economia cafeeira de exportação e reflete a emergência do trabalho assalariado. Medidas pontuais e significativas relativas à questão da saúde surgem no Brasil somente em 1900, quando o país foi assolado por epidemias de diversas doenças, como peste bubônica, tuberculose e febre tifóide.

Neste cenário, objetivando a produção de soros e vacinas para auxiliar no combate às endemias, foram criados o Instituto Butantan, em 1901 em São Paulo e o Instituto Soroterápico Federal, posteriormente intitulado Instituto Oswaldo Cruz, em 1900 no Rio de Janeiro. O instituto carrega esse nome pois, durante o governo de Rodrigues Alves, no período que compreende de 1902 a 1906, o médico sanitariano Oswaldo Cruz atuou intensamente no combate contra as doenças contagiosas,

adotando, inclusive, medidas sanitárias controversas, que incluíam isolamento total e sem consentimento dos doentes e a invasão das moradias para desinfecção.

Dentre os acontecimentos deste período, o mais marcante para a história do Brasil foi a Revolta da Vacina. Esta revolta, ocorrida no Rio de Janeiro, foi um movimento popular instaurado como forma de protesto contra a Lei nº 1.261 de 1904 que tornou obrigatória em toda a república a vacinação e a revacinação contra a varíola (Brasil, 1904). A obrigatoriedade somada à falta de informações levou a criação da Liga Contra a Vacina Obrigatória que promovia reuniões diárias afirmando que a vacinação era inconstitucional. Iniciou-se então uma grande revolta da população com o advento de diversos conflitos entre populares e policiais, resultando em prisões, feridos e mortos. Neste cenário, o governo revogou a obrigatoriedade da vacinação, tornando-a facultativa (Bertolli Filho, 2011).

A partir deste momento, avançou no país o debate acerca da saúde como uma questão que precisava da intervenção estatal, já que, cada vez mais, inúmeros desafios relacionados ao tema surgiam e impactavam o país. Dessa forma, foi publicado o Decreto nº 3.987 de 1920, com o objetivo de reorganizar os serviços de saúde pública (Brasil, 1920). O decreto, entre outras medidas, criou o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). O DNSP atuava sob abordagem higienista e era dirigido pelo médico sanitarista Carlos Chagas, tendo como principal função atender às demandas e estender os serviços de saneamento urbano e rural, além de tratar de questões de higiene.

Assim sendo, é a partir deste período que a saúde pública ultrapassa as barreiras e passa a ser vista e tratada como questão social. Segundo Braga e Paula (1987), surgem os primeiros registros de encontros de sanitaristas que buscavam por soluções mais eficazes em relação às questões de saúde, difundindo a necessidade de uma “educação sanitária” como uma estratégia para promover a saúde com forte influência de discursos de ordem liberal.

A contribuição de Carlos Chagas à saúde brasileira não se restringe aos serviços prestados como diretor do DNSP. No ano de 1923, foi publicado o decreto nº 16.300 (Brasil, 1923), chamado de Regulamento Sanitário Federal e apelidado de Reforma Carlos Chagas, por conta de sua grande participação na elaboração do documento. A reforma surgiu como uma tentativa do poder central de expandir o atendimento à saúde, como uma estratégia da União para ampliar o poder nacional em meio a crise política que o país enfrentava.

Ainda no ano de 1923, como resultado das mobilizações da classe operária contra as péssimas condições de trabalho advindas do processo de industrialização e a ausência de direitos trabalhistas, surgem algumas conquistas de direitos sociais, dentre as quais, a aprovação da Lei Elói Chaves, em 24 de janeiro de 1923. Essa lei representou o marco inicial da previdência social no país, já que por meio dela foram regulamentadas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), que eram divididas por empresas e garantiam aos trabalhadores alguns direitos, dentre os quais estavam serviços de saúde. Entretanto, inicialmente apenas os ferroviários foram contemplados e, posteriormente, em 1926, os trabalhadores marítimos e estivadores, já os demais trabalhadores só foram inseridos a partir da década de 1930 (Santos, 2022; Bravo, 2006).

Contudo, as CAPs apresentavam serviços irregulares e não cobriam em casos de doenças graves, obrigando operários a escolher entre receber parte do salário e realizar os tratamentos de saúde por conta própria, ou receber o tratamento hospitalar, mas sem o pagamento. Outro ponto que vale ressaltar é que as caixas só poderiam ser usadas pelos trabalhadores que possuíam carteira de trabalho, para aqueles que não tinham, restava a caridade pública, sendo classificados como indigentes nos hospitais filantrópicos (Bertolli Filho, 2011).

Avançando, a ascensão de Getúlio Vargas ao poder, em 1930, resultou em significativas alterações na sociedade brasileira, o que, conseqüentemente, atingiu também o setor de saúde. Dentre estas alterações, pode-se destacar, o início do processo de industrialização, o surgimento de novas atribuições para o Estado e a criação de políticas sociais e novas respostas às demandas postas pela classe trabalhadora.

O acelerado ritmo industrial com expansão de investimentos experimentado no país neste período fez com que o Estado buscasse responder às demandas reivindicadas pelos trabalhadores, dentre as quais estavam melhores condições de saúde e previdência social (Bertolozzi; Greco, 1996). Por conseguinte, mudanças foram implementadas no âmbito previdenciário, sendo a principal delas a substituição das CAPs pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Neste novo modelo, a organização dos trabalhadores deixa de ser por empresa e torna-se por segmentos de trabalho, já que seu objetivo era ampliar seus benefícios para um maior número de operários (Salles, 1971; Bravo, 2006). Dentre os direitos garantidos pelas IAPs, destacam-se:

- a) aposentadoria;
 - b) pensão em caso de morte para os membros de suas famílias ou para os beneficiários, na forma do art. 55;
 - c) assistência médica e hospitalar, com internação até trinta dias;
 - d) socorros farmacêuticos, mediante indenização pelo preço do custo acrescido das despesas de administração.
- § 2º - O custeio dos socorros mencionados na alínea c não deverá exceder à importância correspondente ao total de 8%, da receita anual do Instituto, apurada no exercício anterior, sujeita a respectiva verba à aprovação do Conselho Nacional do Trabalho (Brasil, 1933).

A implementação dos IAPs fez surgir um novo modelo de medicina previdenciária, cujo objetivo, como já mencionado anteriormente, era de estender os serviços a um grupo maior de trabalhadores, buscando, de certa forma, prever as reivindicações desta categoria, assim evitando a necessidade de implementação de medidas para uma cobertura mais ampla. Neste cenário, Oliveira e Teixeira (1986 *apud* Bravo, 2006) dissertam que o modelo de previdência existente no país entre 1930 e 1945 teve caráter contencionista, uma vez que seu objetivo era a diminuição dos gastos, com grande preocupação na acumulação de reservas financeiras, sendo assim, deixando de lado a ampla prestação de serviços, com definição de limites orçamentários para as despesas de assistência médico-hospitalar e farmacêutica.

Este modelo da Política de Saúde que começou a se formar a partir da década de 30, se consolidou entre 1945 a 1950, com maiores investimentos e melhores condições sanitárias. Um grande passo ocorreu em 1953 com a criação do Ministério da Saúde, entretanto, sua estrutura era frágil e seu orçamento, irrisório, consequentemente, o órgão não desenvolvia grandes ações, limitando-se apenas no auxílio daquelas que já estavam sendo desenvolvidas no país (Bertolli Filho, 2011).

Neste período, de meados de 1950, surge ainda mais um entrave: a estruturação dos modelos de atendimento hospitalar privados, ofertando serviços com fins lucrativos. Além disso, havia uma parte da classe médica atrelada aos interesses capitalistas pressionando o Estado por financiamento, em uma clara defesa da privatização da saúde (Polignano, 2014). No entanto, até 1964 o que prevaleceu no país foram os serviços ofertados pelo Estado, com uma ínfima parcela da população buscando serviços médicos de natureza privada. É de suma importância destacar que este quadro foi completamente alterado com a instauração da Ditadura Militar no Brasil.

A ditadura militar brasileira foi instaurada em 1964 com um golpe de Estado encabeçado pelos chefes das forças armadas, pondo um fim a democracia populista que dominava o cenário político do Brasil e, consequentemente, findando também a

configuração da política de saúde constituída até então. A instauração desse regime assinalou para o país o surgimento de uma propensão ao desenvolvimento econômico, social e político que pretendia modelar um país novo. Todavia, o resultado foi contrário, com o aprofundamento dos problemas.

Com grande disponibilidade de recursos financeiros da economia mundial, o discurso de desenvolvimento nacional ganhou força e, na primeira metade da década de 1970, atingiu seu auge. Este primeiro momento ficou conhecido como o “Milagre Brasileiro” (Abreu, 1989). O acelerado crescimento econômico, entretanto, não significou uma justa distribuição de riquezas, sendo assim, a maior parte da população do país encontrava-se nas classes mais baixas.

Este processo de aceleração da economia levou ainda a outra questão: o êxodo de milhares de pessoas dos campos para as cidades em busca de trabalho e melhores condições de vida. De acordo com Camarano e Abramovay (1999), entre 1960 e 1980, o êxodo rural movimentou em torno de 27 milhões de pessoas no país. Por conseguinte, o que se observou foi um rápido crescimento das cidades e condições de vida cada vez mais precárias para a população de baixa renda. Evidentemente, estas alterações impactaram diretamente o quadro epidemiológico do país, com aumento de doenças transmissíveis e altas taxas de mortalidade infantil.

Cabe destacar que este quadro afetava e manchava a imagem que o governo militar desejava passar aos cidadãos e, especialmente, para o resto do mundo. Dessa forma, no período que compreende de 1964 a 1974, a questão social, de forma geral, passou a ser enfrentada pelo Estado através da repressão e assistência. Em outras palavras, o Estado ampliou e modernizou a política de assistência, objetivando aumentar seu poder regulador sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais que apareciam no momento e servir como um mecanismo de acumulação do capital (Bravo, 2006). No que tange especificamente à saúde, o primeiro golpe dado foi no Ministério da Saúde que teve sua verba reduzida, tornando suas ações ainda mais limitadas.

À vista disso, a área da saúde encontrava-se completamente fragilizada e abandonada, com pouca possibilidade de responder às demandas que surgiam e precisando dividir-se entre a saúde pública e a medicina previdenciária. Nesse cenário, outra medida implementada durante o regime autoritário foi a criação, em 1966, do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), tornando todas as caixas e

institutos de aposentadorias existentes anteriormente, um único órgão. Todavia, a principal medida implementada foi o forte impulso dado aos serviços médicos privados. Segundo Oliveira e Teixeira (1986 *apud* Bravo, 2006), implantou-se no país um modelo que privilegiava o setor privado, com a priorização da rede privada e em conformidade com os interesses do capital.

Em 1974, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, que culminou no fortalecimento do modelo curativista. Neste mesmo ano, foi criado também o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) que tornou-se uma nova fonte de financiamento para as empresas de medicina existentes no país. Este tipo de financiamento era benéfico aos empresários e auxiliaram na implementação de um processo de esgotamento dos recursos públicos que passaram a ser destinados às empresas privadas de medicina, conseqüentemente, a saúde tornou-se um grande produto extremamente lucrativo.

Nessa perspectiva, a área da saúde passou a ter grande destaque nas práticas curativas, individuais e assistencialistas. Consolidando, assim, no país, um processo de expansão da rede privada e degradação dos serviços públicos, com cada vez menos participação do Estado na oferta de serviços médicos, pois defendiam que a atuação estatal deveria concentrar-se apenas nas atividades referentes a saúde coletiva, como saneamento básico, pesquisas, higiene e segurança do trabalho. Deixando todo o resto para a iniciativa privada, que cada vez mais recebia incentivos através dos convênios fechados com o Instituto Nacional de Previdência Social. Como resultado, entre 1964 e 1974, o número de hospitais particulares existentes no Brasil passou de 944 para 2.121, consolidando o sistema que preconizava o caráter curativo em detrimento do caráter preventivo (Almeida e Pêgo, 1983).

Objetivando organizar e coordenar as diversas instituições de saúde que surgiram na época, foi sancionada, em 17 de julho de 1975, a Lei 6.229 que criou o Sistema Nacional de Saúde, que deveria encarregar-se das atividades voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 1975). Contudo, mediante um forte modelo baseado na medicina previdenciária e nos serviços privados, o sistema não obteve êxitos.

Dentro de todo este cenário, o regime militar brasileiro foi abalado pelo início de uma crise e o declínio do “milagre brasileiro”. Dessa forma, inevitavelmente, a política nacional de saúde passa a enfrentar grandes tensões. O cenário social visto,

a partir daí, é de enfraquecimento do regime e surgimento e fortalecimento dos movimentos sociais. Nesse contexto, emerge o movimento sanitário, que defendia a construção de uma política de saúde universal, abrangendo igualmente todo o povo brasileiro. Conforme destaca Paim (2008), este movimento postulava “a democratização da saúde, justamente num período no qual novos sujeitos sociais emergiram nas lutas contra a ditadura” e era defendido por universitários, profissionais da saúde e associações que lutavam também pelo fim da ditadura.

Com a chegada dos anos 1980, as lutas dos movimentos sociais que buscavam o fim do regime militar e a redemocratização eclodem no país. Este cenário somado à crise financeira que atingia o setor de saúde, fez com que a proposta do movimento sanitário ganhasse ainda mais força, sendo vista como uma alternativa efetiva para a reformulação de todo o sistema. O movimento defendia diversas propostas, sendo as principais delas:

a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (Bravo, p. 9, 2006)

Mediante ao cenário de crise política e econômica, em 1985 chega ao fim a ditadura militar no Brasil. No mesmo ano, elegeu-se para o cargo de presidente Tancredo Neves, contudo, com seu falecimento antes da posse, José Sarney assumiu a gestão do país. Foi nesse cenário que ocorreu a preparação de um marco da reforma sanitária e da implementação de mudanças no modelo de saúde no país: a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS). O processo de preparação para a realização da Conferência iniciou-se no âmbito estadual, com a realização, em todos os estados brasileiros, das chamadas “pré-conferências”. Nestes espaços, eram divulgados os temas da Conferência para debates que serviram para ampla divulgação do evento e do tema em geral (Brasil, 2019).

Por conseguinte, o movimento sanitário e seus ideais se difundiram ainda mais, evidenciando discussões sobre saúde em áreas inéditas. Assim sendo, foi realizada de 17 a 21 de março de 1986, a 8ª CNS, sendo a primeira conferência aberta para a participação popular, teve três temas principais, sendo eles: “A saúde como dever do Estado e direito do cidadão”, “A reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “O financiamento setorial”. Esse modelo de organização baseado nas

“pré-discussões” acabou por consolidar a ideia de debate democrático, possibilitando que membros da sociedade civil sentassem e discutissem junto a políticos, técnicos e profissionais da saúde.

Assim como nas outras conferências, ao final da 8ª CNS foi publicado um relatório com as principais medidas discutidas e as conclusões dos debates. Sendo assim, apontou-se a concordância no que tange ao estabelecimento de um sistema único de saúde, sendo este separado da previdência e coordenado por um ministério próprio e único. O documento evidenciou também a necessidade de estender a participação da população também na formulação, planejamento e gestão da política de saúde e do sistema sugerido.

Ademais, outro grande avanço diz respeito a ampliação do conceito de saúde no Brasil, contendo não só a parte técnica, mas abrangendo setores como trabalho, esporte, lazer, meio-ambiente, alimentação e diversas outras áreas. Para mais, os participantes do evento delegaram ao Estado o dever de “garantir condições dignas de vida e de acesso universal à saúde e apontaram a necessidade de integrar a política de saúde às demais políticas econômicas e sociais” (Brasil, 2019).

Contudo, o maior marco da história recente da política de saúde brasileira ocorreu em 1988, com a promulgação de uma nova Constituição Federal, que versa dos artigos 196º ao 200º sobre a definição e organização dos serviços de saúde no país. Uma das alterações mais marcantes, foi a instituição da saúde como um dos itens constituintes do tripé da seguridade social no país, em união com a previdência e assistência social. Além disso, definiu-a como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988).

A Carta Magna significou avanço em outros aspectos, como: a proibição da comercialização de sangue e seus derivados, transformação da saúde em assunto de relevância pública e definição do setor privado como um elemento complementar, sendo vedada a destinação de recursos públicos a estas instituições. Outrossim, foi de suma importância, ainda, para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), ao determinar que as ações e serviços públicos de saúde deveriam integrar uma rede única, regionalizada e hierarquizada. Atualmente, o SUS é considerado um dos maiores sistemas de saúde do mundo, abrangendo desde serviços ambulatoriais até

cirurgias e transplantes de órgãos, através de uma rede dividida em baixa, média e alta complexidade.

Todavia, a implementação efetiva do SUS só ocorreu na década de 1990, com a promulgação da Lei 8.080, que apresenta e organiza os objetivos, diretrizes, serviços e ações do novo sistema (Brasil, 1990). A partir daí, instalou-se no Brasil um modelo de política de saúde pautado em três princípios norteadores básicos: universalidade, equidade e integralidade, com o objetivo de fornecer serviços de saúde gratuitos, abrangendo toda a população brasileira, através de ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação combinadas, sem qualquer tipo de discriminação. Dessa forma, a implementação do SUS no país significou transformação do direito à saúde de privilégio concedido àqueles que contribuem ativamente na previdência para um direito a todos os cidadãos brasileiros, sendo responsabilidade do Estado a sua promoção.

2.1 O SUS SOB LENTE NEOLIBERAL

Já no final da década de 1980, o Projeto de Reforma Sanitária passa a perder força e, apesar da instituição da saúde como direito de todos e do firmamento dos aparatos legais relativos à saúde, na década de 1990 a ofensiva neoliberal colocou este modelo em xeque. Este período foi marcado pela forte ascensão do neoliberalismo, que evidenciou a ideia de minimização do Estado, dando maior abertura para entidades privadas gerenciarem diversos setores, dentre eles as políticas sociais, através das chamadas Organizações Sociais, que apesar desse nome, são instituições que visam lucros (Bravo; Lima; Correia, 2020).

A partir daí, em um movimento observado até os dias atuais, a política de saúde brasileira passou por um processo de desconstrução e rupturas. A ascensão neoliberal levou ao sucateamento das políticas sociais, em especial a saúde, diminuindo sua dimensão integradora e segmentando o sistema, através da difusão da ideia de oferta de serviços gratuitos somente aos mais pobres. Além disso, esse novo projeto trouxe de volta a tendência da privatização dos serviços de saúde, aparecendo, desta vez, em diferentes faces, sendo algumas mais nítidas e outras disfarçadas de discursos progressistas.

A primeira delas é através da contratação de entidades privadas para a oferta de serviços de saúde, como leitos de internação em hospitais particulares. No ano de 2022, por exemplo, segundo a pesquisadora Elda Bussinguer, mais de 80% dos

recursos públicos destinados à saúde, encontravam-se nas mãos da iniciativa privada, especialmente com as Organizações Sociais. Atualmente, mais de 60% dos atendimentos de alta complexidade são realizados por estas instituições, levando a repasses bilionários (Couzemenco, 2022; Brasil, 2023). Já a segunda face, aparece por meio da crescente onda de terceirização dos serviços públicos, com a contratação de agentes privados para a prestação de serviços hospitalares. Cabe destacar que todos esses movimentos aparecem na sociedade brasileira disfarçados do discurso de modernização e progresso, através da alegação de que tais alterações levam a melhora do sistema. No entanto, o que pode-se observar é, cada vez mais, a vinculação da saúde ao mercado.

A título de exemplo, pode-se citar a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) para a gestão dos hospitais e serviços de saúde em escala estadual e federal. O objetivo da EBSERH é gerir os Hospitais Universitários (HU's) em todo o país, por meio da aceitação de convênios com planos de saúde privados e empresarização¹ do serviço público (Araujo, 2023). A criação da EBSERH, de acordo com a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (2015), surgiu no Governo Federal como uma alternativa para solucionar as crises dos HU's, contudo, resultou, na realidade, na redução de recursos humanos, precarização na prestação dos serviços e na falta de investimentos.

Outra dura investida contra as políticas sociais brasileiras ocorreu em 2016, no governo de Michel Temer, com a criação do Programa de Parcerias de Investimento (PPI), cujo objetivo é ampliar e fortalecer a relação do Estado com a iniciativa privada por meio de contratos de parcerias (Brasil, 2016). Em suma, é um programa criado para favorecer as privatizações e levar à desestatização. Além disso, o governo Temer, é marcado ainda pelas duras investidas contra o setor público de saúde e pela tentativa de privatização do SUS. Durante esse governo, houve um aprofundamento das contrarreformas e uma aceleração do desmonte das políticas públicas e universais.

Para mais, a gestão do Ministério da Saúde por Ricardo Barros, indicado por Michel Temer, difundiu abertamente a falsa ideia de necessidade de redução do SUS, alegando que o país não teria recursos financeiros suficientes para a

¹ O processo de empresarização de um serviço público caracteriza-se pelo uso de métodos e práticas empresariais em organizações e instituições públicas, através de um falso discurso pautado em eficácia e qualidade, quando na verdade, objetiva-se o lucro (Solé, 2004).

materialização do pressuposto na Carta Magna de 1988, que determina a saúde como um direito universal (Bravo; Pelaez; Menezes, 2019). Como solução, o então ministro propôs os chamados Planos de Saúde Populares ou Acessíveis, que consistiam em ações de saúde focadas na atenção básica e com forte participação do setor privado.

Outra iniciativa do governo Temer foi a articulação efetiva com o setor empresarial da saúde. A consolidação dessa articulação aconteceu, em 2017, com a publicação do documento “Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde”, elaborado pelo grupo Coalizão Brasil. O objetivo deste documento era “construir um novo sistema de saúde para o Brasil” (Coalizão Saúde Brasil, 2017), a partir da defesa da tese de que os setores público e privado precisam atuar juntos, em uma rede integrada de ações, levando a maior participação da iniciativa privada nos serviços de saúde.

Assim sendo, pode-se notar que o governo Temer foi o primeiro passo para a forte investida neoliberal nos serviços de saúde pública do país. Contudo, foi no governo de Jair Bolsonaro que estas investidas tornaram-se mais contundentes. A análise da Política de Saúde no governo Bolsonaro requer, primeiramente, uma análise das propostas verbalizadas antes de sua entrada oficial no governo federal, visto que estas já evidenciam muito claramente a intenção de perpetuação das contrarreformas iniciadas no governo anterior.

Ainda em 2018, foi publicada, pelo Partido Social Liberal (PSL), a proposta de plano de governo de Jair Bolsonaro, intitulado “O Caminho da Prosperidade. Brasil acima de tudo. Deus acima de todos” (PSL, 2018), que, apesar de extenso, trata de forma breve acerca da saúde, possuindo apenas 4 páginas que tratam sobre este assunto. Dentre as poucas medidas apresentadas, cabe destacar a proposta para a mobilização de todos os profissionais de saúde pelo SUS e que todo médico possa atender a qualquer plano de saúde, dessa forma, firmando uma parceria entre setor público e privado (PSL, 2018). Sumariamente, verifica-se no documento a ausência de profundidade nos temas relacionados à saúde e grande destaque para economia e incentivo à privatização do setor público.

Mais um ponto que merece destaque em relação à política de saúde no governo Bolsonaro, refere-se a existência de medidas e ações que inferem diretamente na promoção de saúde no país em agendas de outros ministérios. Por exemplo, no ano de 2019, o então Ministro da Economia, Paulo Guedes, propôs a

criação de um *voucher*² para saúde e educação, o qual deveria ser entregue pelos usuários para empresas privadas de prestação de serviços nestas áreas. Assim, eximindo o Estado de criar e manter uma estrutura pública para os atendimentos nessas áreas, evidenciando, mais uma vez, a ideia da privatização dos serviços de saúde (Bravo; Pelaez; Menezes, 2019).

Além da defesa da privatização e minimização do Estado, outro ponto marcante do governo Bolsonaro foi a pandemia da Covid-19. Iniciada em 2019, na China, e propagada, pouco tempo depois, em todo o mundo, a Covid-19 é uma doença respiratória causada pelo coronavírus SARS-CoV-2. Essa doença pode causar desde sintomas leves, parecidos com de uma gripe, até sintomas graves como paradas cardiorrespiratórias e levar ao óbito. O contágio do vírus ocorre de forma rápida por meio do contato com um indivíduo infectado, portanto, as autoridades de saúde mundiais determinaram o uso de máscaras, álcool em gel e o isolamento social total como medidas de proteção (Brasil, 2023). Dessa forma, a pandemia causou forte impacto social, econômico e, especialmente, na saúde pública.

Globalmente, a Covid-19 vitimou fatalmente mais de 6 milhões de pessoas (OMS, 2024). Todavia, apesar da sua gravidade e seu alto índice de mortalidade, o governo de Jair Bolsonaro adotou uma abordagem considerada mundialmente controversa em relação a pandemia. Em uma das suas primeiras aparições públicas relacionadas ao surgimento e proliferação do vírus, em 24 de março de 2020, por meio de um pronunciamento televisionado, o então presidente minimizou a gravidade e determinou a nova doença como “uma gripezinha”, além disso, questionou a efetividade das medidas de contenção propostas (Brasil, 2020). Nesse cenário, milhares de apoiadores passaram a desobedecer as indicações de prevenção propostas pelos órgãos ligados à saúde.

Ademais, Bolsonaro se opôs ao isolamento social, defendendo insistentemente a reabertura das atividades econômicas, chamando a medida de “absurda” e afirmando que a economia brasileira seria, em suas palavras, “destroçada” (CNN, 2020). Além disso, o então presidente também incentivou o uso de tratamentos não comprovados, como o uso da Cloroquina, medicamento sem comprovação científica de eficácia no combate à covid-19, chegando, até mesmo, a

² Vouchers são cupons ou documentos que oferecem descontos especiais na compra de algum produto ou serviço.

iniciar a distribuição do medicamento para pacientes com casos graves (Mota, 2020).

Ainda em 2020, surgiu a primeira vacina contra o vírus, contudo, no Brasil, a vacinação só iniciou em janeiro de 2021, por conta da lentidão do governo federal em adquirir e distribuir as vacinas, além da falta de um planejamento estratégico eficaz (Cristaldo; Brandão, 2021). Como resultado, o Brasil registrou, até o final de 2023, mais de 700 mil mortes por Covid-19, sendo um dos países mais afetados pela doença (Brasil, 2024).

Portanto, a política de saúde no governo Jair Bolsonaro foi marcada quase que completamente pela crise sanitária iniciada pelo coronavírus. As medidas criadas durante a pandemia de COVID-19 foram caracterizadas por uma série de controvérsias e desafios que impactaram a resposta à crise sanitária. Em suma, a gestão da saúde pública nesse período revelou falhas significativas, dificultando uma resposta coesa e eficaz à pandemia.

O que se observou foi que, na saúde, a contrarreforma iniciada pelo governo de Michel Temer ganhou ainda mais força, com a continuidade do projeto privatista e consolidação de um novo projeto para a saúde brasileira, no qual o SUS passa a ser submetido ao mercado e sua lógica. Nesse cenário, o sistema de saúde brasileiro passa a focar cada vez mais no lucro, deixando de lado o seu propósito inicial e constitucionalmente garantido de ser universal, igualitário e gratuito (Bravo; Pelaez; Menezes, 2019).

Logo, mediante o breve histórico exposto, pode-se afirmar que a política de saúde no Brasil percorreu um longo e complexo caminho, refletindo as mudanças sociais, econômicas e políticas do país ao longo dos séculos. Desde os primeiros esforços ligados à filantropia no período colonial até a criação do SUS, a saúde pública brasileira passou por transformações significativas, ora respondendo a crises sanitárias, ora se moldando a interesses econômicos e políticos. O SUS, embora representativo de um marco democrático e inclusivo, enfrenta desafios contínuos, especialmente diante das investidas neoliberais e da crescente privatização dos serviços de saúde.

Além disso, pode-se afirmar que a atual conjuntura da política de saúde no Brasil carrega uma forte influência de uma concepção de corpo, baseada em um padrão de beleza centralizado na magreza, colocando-a como sinônimo de saúde e beleza. Esses padrões, mesmo que indiretamente, afetam a forma como as políticas

públicas, em especial a de saúde, são implementadas e percebidas na sociedade brasileira. Por conseguinte, a perpetuação desta visão que desconsidera a diversidade corporal leva a práticas estigmatizantes ou mesmo excludentes de pessoas que não se encaixam nesses padrões, a exemplos as pessoas gordas, contribuindo, dessa forma, com a marginalização desses indivíduos e instituindo barreiras no acesso aos cuidados de saúde adequados.

3 O CORPO GORDO E OS PADRÕES DE BELEZA: uma reflexão sobre as percepções socioculturais

Elaborado socialmente, o corpo é, desde os primórdios, a ligação entre o sujeito e o mundo, uma vez que é através dele que as relações sociais se materializam. Dessa forma, conforme destaca Daolio (1995), “o homem, por meio do seu corpo, vai assimilando e se apropriando dos valores, normas e costumes sociais, num processo de incorporação”. Isto é, o corpo deixa de ser somente individual, tornando-se também produto de aspectos sociais, políticos, culturais e históricos. Nesse sentido, o sujeito passa a incorporar a cultura particular da sociedade em que está inserido. Assim sendo, essa representação do corpo se altera conforme os valores socioculturais predominantes em diferentes sociedades e contextos históricos.

Por conseguinte, por meio do processo de apropriação dos valores socioculturais pelo corpo, criam-se atributos considerados ideais que se alteram conforme a dinâmica da sociedade em que se insere (Wanderley; Ferreira, 2010). Logo, historicamente, as concepções e significados sociais que permeiam os corpos foram se modificando e se adaptando aos modelos socioculturais definidos como aceitáveis ao longo da história, resultando em uma trajetória que influi diretamente na concepção existente hoje. Isto porque a história do corpo está estritamente ligada à história da civilização, uma vez que esse corpo é marcado pelas características de cada sociedade e sua cultura, produzindo, dessa forma, seus próprios significados e padrões de beleza.

Nesta perspectiva, conforme Stenzel (2003, p. 13) “o padrão estético sempre foi, e ainda é, ditado por valores socioculturais de uma época”, logo constituem-se como referência para os indivíduos de determinadas sociedades. Assim sendo, nos séculos XVI e XVII, os tipos corporais começaram a ganhar destaque e significados e o corpo gordo passou a ser considerado sinônimo de riqueza e saúde, enquanto o corpo magro era visto como falta de beleza e, especialmente, como sinônimo de pobreza.

Entretanto, a partir do século XVIII o processo de industrialização e de consolidação da burguesia levou a criação e difusão de instrumentos e técnicas para afinar a cintura, como os espartilhos. Dessa forma, em uma virada nos padrões de beleza existentes, o corpo magro passa a ser exaltado, transformando-se não só no “belo”, como também no padrão a ser perseguido por homens e mulheres (Pinto,

2009; Flor, 2009). Sendo assim, a partir deste momento, o corpo magro ascende enquanto modelo ideal e consolida-se como o padrão a ser buscado, conforme destaca Stenzel (2003, p. 29):

A obesidade durante algum tempo esteve associada à beleza: ser belo era ter formas arredondadas e proeminentes. No início do século XIX esta associação sofreu forte mudança, na verdade houve uma inversão desta associação anteriormente positiva: ser belo passou a ser sinônimo de magro, e a obesidade passou a ser vista de forma negativa.

A datar do século XX, especialmente, a aparência física passa a receber grande importância, dessa forma, o corpo gordo passa a ser associado a falta de cuidados e ausência de saúde, tornando este indivíduo alguém indesejado socialmente. Tratando-se especialmente do Brasil, este século foi decisivo para a consolidação do culto ao corpo, uma vez que a década de 1920 foi marcada pela chegada do cinema no país que, em união com o fortalecimento das indústrias de cosméticos, roupas e mídias, consolidou-se como um forte difusor de um ideal físico pautado na valorização do corpo esguio. Ainda nesse período, a dieta surgiu como instrumento de controle corporal, por conseguinte, emergindo a individualização dos cuidados do corpo (Knopp, 2008; Castro, 2003).

Este ideal perdurou por longos anos e em 1960 surgiu uma nova onda de beleza: o modelo jovem, isto é, a necessidade de não aparentar a verdadeira idade, dessa forma, unido a este modelo consolidou-se ainda mais o ideal franzino (Lipovetsky, 1999). Avançando, já na década de 1980, o Brasil é marcado pela chamada “geração saúde”, na qual o corpo torna-se elemento central, marcando assim o início da proliferação das academias de ginástica, centros estéticos e clínicas de cirurgia plástica no país. Ademais, entre as décadas de 1980 e 1990 houve no país mais um fenômeno de relevância: a popularização de revistas que cultuavam enfaticamente o corpo magro como ideal, destacando dietas, exercícios e outras formas de emagrecimento (Knopp, 2008).

Mediante essas alterações sociais, o conceito de beleza passou a ser aliado ao de bem-estar, saúde e sucesso, criando a falsa ideia de que é necessário a adequação ao padrão para atingir a felicidade plena. A consolidação deste pensamento ocorreu no século XXI, com a ascensão das mídias sociais e a disseminação deste discurso pela mídia, dessa forma, o corpo gordo passou a ser considerado desviante, uma vez que apareceu como uma oposição ao modelo de corpo ideal que é culturalmente aceito. Para Felipe (2004, p. 244), “a mídia

estimula o padrão estético magro, discriminando o gordo de uma maneira não-sutil, com mensagens agressivas, persuasivas e pouco estimuladoras”, ou seja, ela corrobora o padrão corporal atual pautado na magreza através das campanhas publicitárias. Consequentemente, indivíduos gordos passam a ser entendidos como desleixados e feios, enquanto somente os corpos magros, depilados, cuidados esteticamente, com ausência de rugas e “imperfeições” passam a ser desejados, tornando, assim, a gordura um novo inimigo a ser socialmente combatido (Carneiro; Ferreira, 2015; Pereira, 2019).

O que ocorre é que na retaguarda do surgimento e, especialmente, da consolidação desse padrão de beleza corporal pautado na magreza, está a difusão vigorosa de uma ideologia política, econômica e cultural advinda do sistema capitalista. Conforme destaca Baptista; Zanolli (2016, p.1000):

A sociedade contemporânea é fruto direto do capitalismo moderno-industrial e do processo de globalização econômica e cultural ocorrido nas últimas décadas. A indústria da beleza é um importante elemento da ideologia capitalista. Tem como foco estabelecer o processo de controle técnico de diferentes componentes sociais, entre eles o corpo, identificado como importante dimensão da vida humana em suas características individuais diversificadas.

Ou seja, o capitalismo, enquanto sistema econômico predominante, influencia não somente nas relações de produção e consumo, como também a maneira como os corpos, independente de sua forma, serão percebidos e, acima de tudo, controlados. Logo, as práticas de consumo, a indústria da beleza e o padrão estético passam a refletir a dominação capitalista sobre os corpos.

Para isso, são criados diversos mecanismos de disseminação dessa ideologia, através dos meios de comunicação e pela difusão midiática, isto é, por meio de programas de televisão, rádio, cinema, revistas e, atualmente, por meio da internet. Este mecanismo de disseminação é definido por Adorno e Horkheimer (1985) como indústria cultural, que acaba por tornar-se uma estratégia de convencimento da população. Para Batista (2001), a indústria cultural nada mais é do que um instrumento pelo qual o sistema pressiona a sociedade, cooptando-a a agir de acordo com os interesses e necessidades do modo de produção, favorecendo a lógica industrial.

Ainda nesse sentido, segundo Wolf (1992), o conceito de beleza não é universal e, tampouco, constante, ele é, na verdade, um sistema de valor monetário que é ativamente influenciado pelas necessidades do mercado capitalista. Em outras

palavras, o capitalismo impulsiona uma cultura de consumo que coloca a aparência física como mais uma mercadoria, dessa forma, as indústrias ligadas a ela, tais como a moda, procedimentos estéticos e cosméticos, submetem-se a exploração do corpo magro enquanto um padrão, a fim de vender, consolidando assim, um mercado lucrativo, baseado em produtos de emagrecimento, dietas e cirurgias plásticas, reconhecido como “a indústria do emagrecimento”.

Nessa perspectiva, a lógica capitalista afeta particularmente os corpos gordos, visto que desencadeia profundas consequências, uma vez que está enraizada nas estruturas sociais e econômicas da sociedade. A incansável busca pelo corpo ideal pode levar a transtornos alimentares e problemas de autoestima, mas, indubitavelmente, o maior deles é a discriminação sistemática. Em outros termos, a pressão estética existente no sistema desencadeia e, acima de tudo, normaliza o preconceito voltado às pessoas gordas, impondo-as inúmeros desafios, que vão desde a busca incessante pela magreza até a negação de direitos básicos.

3.1 AS FACES DA GORDOFOBIA

A narrativa cultural capitalista que associa sucesso e alto valor pessoal à perda de peso, acaba por marginalizar o grupo populacional formado por pessoas com sobrepeso ou obesidade, desencadeando uma nova forma de preconceito, intitulada gordofobia ou lipofobia. A gordofobia caracteriza-se como um sistema de opressão reproduzido pelas instituições de maneira sistemática e estrutural. Dessa forma, ela funciona como um mecanismo de opressão estrutural e refere-se à discriminação que indivíduos com sobrepeso e obesidade enfrentam, incluindo humilhação, desvalorização, zombarias, patologização e marginalização (Piñeyro, 2016; Rangel, 2018). Para mais, Jimenez (2020, p. 147) afirma que a gordofobia é

[...] uma discriminação que leva à exclusão social e, consequentemente, nega acessibilidade às pessoas gordas. Essa estigmatização é estrutural e cultural, transmitida em muitos e diversos espaços e contextos na sociedade contemporânea.

Assim sendo, essa nova forma de discriminação acaba por segregar estes indivíduos por meio da estigmatização a qual são submetidos. Para o antropólogo e sociólogo Erving Goffman (1988), esta estigmatização refere-se “aos sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o status moral de quem os apresentava”. Ou seja, isto significa que o corpo gordo é

estigmatizado ao ser socialmente compreendido como um ser estranho, alheio ao padrão, impuro e renegado nas relações sociais.

Ainda segundo Goffman (1988), o processo de estigmatização constitui-se na expectativa dos atores de uma dada relação social, isto é, o corpo gordo, por si só, não é bom ou mal, mas são as relações e percepções sociais que o determinam como algo indesejável ou repugnante. Portanto, esta forma de percepção não é natural, mas sim socialmente criada e moldada, já que o estigma nada mais é do que “uma relação entre atributo e estereótipo (o que sou/o que tenho – o que esperam de mim)” (Goffman, 1988 apud Pinto, p. 451, 2009).

Continuando nessa perspectiva, Strings (2019) destaca que “a estigmatização do corpo gordo está ligada a questões de classe, sendo utilizada como ferramenta de controle social”, ou seja, essa forma de preconceito surge, especialmente, como uma forma encontrada pelo sistema de controlar os indivíduos. Nesse ponto, o pensamento de Strings encontra-se com o que foi ressaltado por Foucault (1999), na obra “Corpos Dóceis”, na qual o filósofo francês apresenta o corpo como um objeto de poder, passível de manipulação, adestramento e dominação, possível de ser fabricado e, principalmente, transformado para se tornar dócil.

Para mais, Foucault (1999) argumenta ainda que o corpo é um campo de controle e disciplina, dessa forma, a gordofobia é vista como um meio de controle, com o corpo gordo sendo submetido a normas e expectativas que visam a conformidade e o controle social. Nesse contexto, as práticas gordofóbicas se manifestam em costumes sociais e políticas que culpabilizam o indivíduo e individualizam o problema, estigmatizando a gordura como uma falha moral e falta de autocontrole. Isso resulta na criação de uma norma social e cultural que privilegia corpos magros.

Além disso, a gordofobia é reafirmada pela medicalização da vida cotidiana e pela estetização da saúde, que frequentemente questionam a saúde dos indivíduos não magros (Campos et al., 2015). Assim, as consequências sociais da gordofobia não decorrem do corpo gordo em si, mas do peso do estigma imposto a essas pessoas, levando à sua marginalização e à negação de direitos fundamentais, como educação, transporte, trabalho, e, especialmente, saúde.

Um ponto que merece destaque é o fato de que apesar do aumento significativo no número de pessoas com obesidade e sobrepeso no Brasil, as políticas públicas voltadas para esse grupo populacional são quase inexistentes.

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, cerca de 96 milhões de brasileiros adultos estão na faixa de sobrepeso e obesidade, o que representa mais de 60% da população adulta. Contudo, todas as políticas públicas que tratam da obesidade possuem caráter individualizador e que culpabilizam os sujeitos. Evidenciando como este fator é totalmente desconsiderado no momento de elaboração das políticas públicas brasileiras.

O que ocorre é que, a gordofobia faz com que o peso corporal, nesse caso o atributo estigmatizante, passe a ser socialmente considerado como a característica principal da pessoa gorda, colocando em segundo plano todos os seus demais atributos. Dessa forma, a partir desses julgamentos e atribuições de qualidades negativas a essas pessoas apenas por conta de seu peso, difundem-se diversas formas de discriminação contra pessoas gordas nas mais diversas áreas da vida social (Gomes, 2024).

Como consequência, a gordofobia se desdobra em diversas faces na sociedade brasileira, atingindo pessoas obesas independente de gênero, idade, raça ou classe. Uma das faces mais evidentes desta problemática está em uma atividade corriqueira do cotidiano para a maioria da população: o uso de transportes. Esta face da gordofobia integra uma forma de preconceito intitulada “Gordofobia Estrutural”, que refere-se à ideia de que grande parte dos espaços e serviços, tanto públicos quanto privados, não são projetados para atender a diversidade corporal existente na sociedade brasileira (Almeida, 2019). Cabe destacar, todavia, que este termo é pouco discutido e difundido dentro da comunidade acadêmica e midiática, sendo raramente utilizado.

Nesse cenário, a gordofobia nos transportes refere-se a comportamentos ou elementos discriminatórios existentes dentro de meios de transportes, como não fornecimento de espaço adequado ou comentários maldosos. A exemplo, têm-se o caso da jovem Rayane, que aos 14 anos precisou deixar de utilizar transporte público por conta da dificuldade de uso da catraca do ônibus, resultando em atitudes vexatórias, como risadas, piadas e olhares de reprovação por parte dos motoristas, cobradores e, até mesmo, de outros passageiros (Mota, 2022).

Em outro caso, uma jovem de 12 anos foi vítima de comentários gordofóbicos nas redes sociais após ser indevidamente filmada, sem sua permissão, ao utilizar uma moto por aplicativo de transporte alternativo. Dentre os comentários, estavam *“Esses passageiros acima de 250 quilos deveriam pagar a corrida e uma taxa de*

gordometragem”; “R\$5 ou um mamute misterioso?” e “moto não foi feita para transportar toneladas” (Queiroz, 2024). As falas depreciativas sobre o peso da jovem evidenciam, de forma clara, a estigmatização, desumanização e ridicularização do corpo gordo. Para mais, alimenta a ideia de que pessoas gordas precisam ser tratadas de forma diferente ou ainda pagar mais por itens ou serviços, apenas por conta de seu corpo, colocando em evidência a gordofobia estrutural enraizada na sociedade brasileira.

Da mesma forma, esses exemplos revelam a existência da gordofobia estrutural nos ambientes e situações cotidianas, além de ampliarem a discussão para além desse espaço, trazendo à tona a gordofobia virtual, que se manifesta por meio de comentários e atitudes vexatórias e gordofóbicas nos ambientes virtuais, como fóruns de conversa e redes sociais. Como reflexo, este tipo de comportamento reverbera também em outras mídias, como a televisão e cinema, escancarando mais uma face da gordofobia.

Segundo Medeiros (2018), após avaliação de 40 personagens dos núcleos principais das seis telenovelas de maior alcance entre os anos de 2016 e 2017, apenas 4 eram gordas e, ainda assim, não possuíam protagonismo ou relevância na trama. Nesse cenário, as raras aparições destes indivíduos nas mídias dão-se sob três estereótipos: o primeiro deles é de vilão. Não é incomum que em filmes, desenhos infantis, charges e histórias em quadrinhos vilões que desejam destruir o mocinho sejam pessoas gordas e malvadas, em uma clara alusão a ganância, a vontade de ter e ser mais. De acordo com Novaes (2012 apud Rodrigues, 2013):

O que gera essa avaliação depreciativa moral do sujeito gordo é o imaginário de que ele gerencia mal o próprio corpo e a própria vida. Essa matemática dos cuidados do corpo - que certamente são entendidos como produtividade - é mal feita. A grande antipatia é por isso. A pessoa dispõe de todos os dispositivos para tentar alcançar esse ideal, mas transgride a regra. É aquele que não compartilha das regras do jogo.

O segundo estereótipo refere-se ao gordo preguiçoso, cuja única função na trama é comer e jogar videogames, sendo retratado como incapaz de desempenhar qualquer outra atividade (Melo; Farias; Kovacs, 2017). Por fim, o terceiro e último estereótipo é o do alívio cômico, o mais comum nas mídias. Nesse caso, o personagem gordo geralmente é responsável por contar piadas e, na maioria das vezes, também é o alvo delas. Como resultado, reforça-se no imaginário coletivo a ideia de que o gordo é sempre engraçado, o que frequentemente leva esses

indivíduos a passarem por situações constrangedoras ou a terem suas capacidades desvalorizadas, limitando-as à contação de piadas.

Um exemplo disso é o caso do ator e comediante Leandro Hassum, que, após perder 65 quilos por questões de saúde, teve seu talento humorístico descredibilizado nas mídias sociais. O comediante recebeu inúmeros comentários ofensivos, alegando que ele havia "perdido a graça" por ter emagrecido. Como consequência, esses estereótipos difundidos nas mídias reforçam uma visão distorcida e limitada das pessoas gordas na sociedade, reduzindo sua identidade e potencial a características superficiais e preconceituosas. Outrossim, levam a criação e consolidação de uma percepção pública deturpada desses indivíduos, servindo como forma de perpetuar tais estereótipos.

Todavia, a gordofobia não encontra seus limites apenas nestes ambientes. Uma outra face da gordofobia se apresenta nos ambientes que deveriam ser sinônimos de acolhimento e aprendizado: as escolas. Assim como as outras faces supracitadas, esse fenômeno está ligado à perpetuação de padrões estéticos e comportamentais que valorizam a magreza como um ideal de saúde, beleza e sucesso social, deixando as pessoas gordas à margem dessas expectativas. Como resultado está a discriminação, exclusão ou violência sofrida por estudantes gordos dentro do ambiente escolar, seja por parte de colegas, professores ou até mesmo pela estrutura escolar em si.

Dessa forma, a gordofobia escolar se manifesta em práticas que vão desde o bullying e agressões físicas até a exclusão social dos estudantes, resultando em consequências gravíssimas para a saúde mental e autoestima desses indivíduos. A título de exemplo, pode-se citar o caso da jovem que aos 17 anos abandonou a escola por vergonha após sofrer constantes ataques por conta de seu peso na escola. Dentre as agressões sofridas, a adolescente relatou que seus colegas de classe saíam de perto após sua chegada e faziam piadas com sua aparência, além de zombarem do fato de a menina não usar uniforme escolar pois não tinha seu tamanho (Tavares, 2012).

Entretanto, a gordofobia escolar não se limita apenas aos ataques diretos, mas também pode estar presente na forma como os educadores lidam com o corpo gordo, reforçando estigmas e estereótipos, o que torna o ambiente educacional ainda mais hostil para esses alunos. Um estudo realizado por Kortkamp e Reis (2021) com educadores e educadoras da educação básica, demonstrou que 84,3%

dos participantes atendem crianças fora dos padrões, destes 76,9% já perceberam dificuldades de locomoção ou acesso por conta de seus corpos.

Cabe ressaltar que não foram identificadas ações voltadas para o enfrentamento desse problema. Pelo contrário, o que notou-se foi a culpabilização do corpo gordo como justificativa de incapacidade. Ou seja, por um lado, o corpo gordo chama a atenção, sendo frequentemente foco das preocupações dos professores e se tornando um tema recorrente nas discussões entre as equipes escolares. Por outro lado, a maneira como esse corpo é tratado ou acolhido dentro da escola parece ser negligenciada por esses mesmos profissionais (Kortkamp e Reis, 2021).

Esse contexto de discriminação e negligência nos ambientes escolares, onde o corpo gordo é simultaneamente estigmatizado e ignorado, reflete uma realidade mais ampla que também se repete em outros espaços sociais, como o ambiente de trabalho. Assim como nas escolas, no mercado de trabalho a gordofobia se manifesta de maneira igualmente pífida, sendo muitas vezes uma barreira para o pleno acesso a oportunidades profissionais.

No ambiente de trabalho, a gordofobia pode se manifestar de várias formas, sempre afetando diretamente a saúde mental dos trabalhadores e impedindo-os de crescer profissionalmente. Assim sendo, pode se manifestar por meio da preferência por funcionários magros em cargos de destaque ou pela exclusão de pessoas gordas em áreas como moda, entretenimento e esportes, onde o corpo é altamente visível (Oliveira; Polli, 2024). Um estudo realizado com executivos brasileiros ressaltou que 65% dos entrevistados afirmaram que optam por contratar pessoas que estejam com o peso ideal, eliminando aquelas que estão com sobrepeso ou obesidade (Medeiros; Lopes, 2017).

Como um reflexo dessas práticas, observa-se um significativo aumento no número de casos de denúncias de gordofobia no ambiente laboral. Um exemplo recente é o de uma vendedora de loja que precisou processar seu chefe por danos morais após inúmeras investidas preconceituosas. Segundo seu relato, o patrão dizia que só iria pagar seu bônus salarial se a funcionária emagrecesse, além disso, constantemente a obrigava a subir em uma balança e deixava bilhetes com “metas de peso” (Mota, 2022). De acordo com dados da Data Lawyer, as denúncias de gordofobia no ambiente de trabalho aumentaram 314% entre 2019 e 2022, evidenciando a persistência desse tipo de discriminação. Além disso, analisando

entre 2014 e 2023, foi possível identificar mais de 700 processos judiciais trabalhistas com acusações de discriminação contra pessoas obesas (Bonat, 2023).

Nesse contexto, é fácil observar como a valorização de padrões estéticos que associam magreza à saúde, competência e sucesso marginaliza as pessoas gordas, impondo-lhes desafios tanto na inserção quanto no progresso dentro de suas carreiras. Em quase todos os ambientes sociais, sejam eles escolas, trabalho, transportes ou mídias, as pessoas gordas enfrentam não apenas discriminação aberta, mas também a ausência de políticas eficazes para combater esses preconceitos estruturais.

4 A GORDOFOBIA E SUAS IMPLICAÇÕES NO ÂMBITO DA SAÚDE: uma análise a partir das vivências de pacientes obesos em São Luís-MA.

A ausência de políticas públicas no combate à gordofobia estrutural apresenta profundas implicações na sociedade, sendo a maior delas, além da perpetuação do preconceito, a negação dos direitos básicos assegurados pela Constituição Federal Brasileira, em especial à saúde. Embora o corpo gordo tenha sido tradicionalmente estigmatizado em muitos espaços, é no âmbito da saúde que as suas implicações são mais prejudiciais e visíveis, uma vez que esse estigma pode interferir no acesso e na qualidade do atendimento médico, além de impactar a saúde mental e física das pessoas afetadas.

Sendo assim, buscou-se experiências de indivíduos que vivenciaram essa forma de discriminação nos ambientes hospitalares, sejam eles públicos ou privados, do município de São Luís do Maranhão, relatando episódios que ilustram a marginalização e a estigmatização por parte de profissionais da saúde. Esses relatos foram colhidos por meio de entrevistas com pessoas com diferentes graus de obesidade, conforme a tabela a seguir:

Tabela 1 - Perfil dos Participantes da Pesquisa			
NOME ³	IDADE	GÊNERO	GRAU DE OBESIDADE
André	29 anos	Homem	Obesidade grau 2
Clara	32 anos	Mulher	Obesidade grau 1
Paulo	30 anos	Homem	Obesidade grau 3
Joana	56 anos	Mulher	Obesidade grau 1
Ellen	41 anos	Mulher	Obesidade grau 3
Sofia	34 anos	Mulher	Obesidade grau 1

Fonte: Elaboração Própria, 2024

As informações colhidas acabam por expor não só as dificuldades enfrentadas por essas pessoas ao buscar cuidados médicos, como também revelam as consequências sociais da gordofobia, reforçando a necessidade urgente de repensar as práticas de atendimento médico, a fim de garantir que todos,

³ Os nomes apresentados são fictícios para manter a privacidade dos entrevistados e a impessoalidade da pesquisa.

independentemente de seu peso, possam usufruir do direito à saúde com dignidade e respeito. Para tanto, cabe, a priori, uma breve contextualização da configuração do Sistema de Saúde Municipal implantado na ilha, destacando sua organização e abrangência.

4.1 A ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE MUNICIPAL DE SÃO LUÍS

A implementação do SUS significou a ampliação das atividades e serviços de saúde ofertados à população a nível nacional. Logo, o princípio da descentralização, isto é, a distribuição de responsabilidades de gestão não somente ao Governo Federal, mas também aos Estados e municípios, tornou-se um elemento de fundamental importância, visto que o atendimento municipal de saúde é a porta de entrada para a garantia deste direito (Brasil, 2009).

Nesse cenário, o sistema de saúde municipal de São Luís desempenha um papel crucial na garantia do acesso à saúde para a população local, sendo responsável por oferecer atendimentos médicos essenciais a uma população superior a 1 milhão de habitantes. Enquanto parte integrante do SUS, o município tem a responsabilidade de oferecer atendimento em diversas modalidades, como atenção básica, urgência e emergência, além de serviços especializados.

Desse modo, a lei nº 8.080 determina que a direção do SUS deve ser única, sendo exercida em cada esfera do governo pelo Ministério da Saúde, em nível federal e pelas Secretarias de Saúde ou órgãos equivalentes, nos âmbitos estadual e municipal (Brasil, 1990). Assim, objetivando a conformidade com os ditos da lei, a unidade central do Sistema Municipal de Saúde Pública de São Luís, responsável por analisar, programar e executar as ações da Política de Saúde no município é a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), cujo principal objetivo é “promover assistência médico-hospitalar, odontológica, de profilaxias, campanhas sanitárias e epidemiológicas de prevenção, bem como instituir o atendimento e acolhimento humanizado ao usuário da rede municipal de saúde” (São Luís, 1966).

A atuação da SEMUS é dividida em dois eixos principais: Assistência, que abrange a atenção em diferentes níveis de complexidade, incluindo a atenção básica, média complexidade e alta complexidade. Neste eixo, a SEMUS é responsável por fornecer os serviços de saúde necessários a todos os níveis de atendimento, incluindo consultas, tratamentos e acompanhamento médico. E vigilância em saúde, que engloba as áreas de vigilância sanitária, vigilância

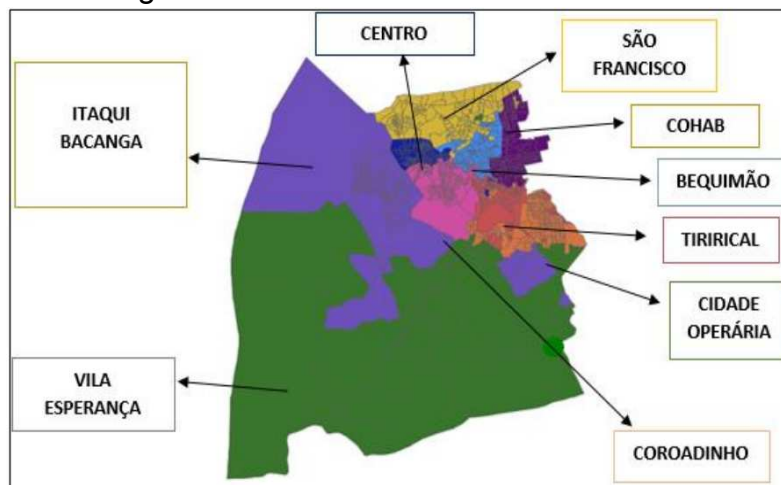
epidemiológica e vigilância ambiental. Neste aspecto, a secretaria atua na prevenção e controle de doenças e agravos, monitorando condições sanitárias e ambientais, além de promover ações de prevenção à saúde pública (São Luís, 2024)

Logo, para cumprir suas atribuições de maneira eficiente, a Secretaria desenvolve um trabalho coordenado e articulado com diversas organizações, tais como: Instituições públicas nas esferas Municipal, Estadual e Federal, autarquias, Organizações não-governamentais (ONGs) e empresas privadas, que podem fornecer recursos, tecnologias e parcerias para ampliar o alcance das ações da SEMUS (São Luís, 2024). Esse modelo colaborativo foi implementado para garantir uma abordagem integrada e eficaz no enfrentamento de desafios relacionados à saúde pública e à promoção do bem-estar da população.

A consolidação desse modelo ocorre por meio da oferta de serviços de saúde organizados nos três níveis de complexidade: baixa, média e alta. No primeiro deles, são incluídas as ações e atendimentos voltados à prevenção e promoção à saúde, tendo como unidade de referência as Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo mais de 70 unidades em toda a ilha (São Luís, 2023). Já nos níveis médio e alto, também chamados de atenção especializada, incluem-se os serviços especializados encontrados em hospitais, ambulatorios e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Nesse nível, o município de São Luís possui 14 unidades, sendo 4 Unidades Mistas, 4 Hospitais e 6 UPAs (Brasil, 2022; São Luís, 2024). Essa estrutura tem como objetivo garantir o acesso contínuo e eficiente aos serviços de saúde, de acordo com as necessidades de cada nível de complexidade.

Nesse contexto, a SEMUS adota um sistema de distribuição das unidades e serviços de saúde baseado em distritos sanitários, cuja estrutura tem como objetivo garantir o acesso contínuo e eficiente aos serviços de saúde, de acordo com as necessidades de cada nível de complexidade. A organização dos distritos é realizada conforme a figura a seguir:

Figura 1: Distritos sanitários de São Luís



Fonte: SEMUS, 2021

Sendo assim, a distribuição de serviços, medicamentos e orçamento é realizada por meio das demandas de cada distrito, sendo estas apresentadas por meio do Conselho Municipal de Saúde. Nesse contexto, o município de São Luís, visando cumprir os ditos da lei 8.142 de 1990 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS (Brasil, 1990), instituiu em 1993, por meio da lei 3.267, o Conselho Municipal de Saúde - CMS/SL. Cabe ressaltar que em 2015, foi publicada a lei 6.020, que revogou a lei anterior e atualizou os objetivos, competências e composição do Conselho (São Luís, 2015).

Constituído por 44 membros titulares, sendo 25% representantes do Governo e prestadores de serviços, sendo estes públicos, privados, conveniados e filantrópicos, 25% entidades dos trabalhadores da Saúde e 50% entidades dos Usuários, o conselho:

atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, tendo como objetivos básicos o estabelecimento, acompanhamento, controle e avaliação da política municipal de saúde e da operacionalização do Sistema Único de Saúde no Município de São Luís (São Luís, 2015).

Nessas disposições, cabe ao CMS/SL definir, fiscalizar e aprimorar a Política Municipal de Saúde, além de organizar as Conferências Municipais de Saúde, sendo estes ambientes de discussões em relação ao sistema municipal de saúde (São Luís, 2015). Para a realização da Conferência, inicialmente são realizadas pré conferências nos distritos sanitários, que debatem e escolhem os temas a serem levados à Conferência Municipal. Por sua vez, as propostas debatidas e escolhidas

são levadas à Conferência Estadual, de onde são escolhidas as propostas que serão encaminhadas para a Conferência Nacional por meio dos delegados selecionados. Este sistema hierárquico foi estabelecido objetivando subsidiar a formulação de propostas para aprimoramento do SUS em todas as três esferas de governo (São Luís, 2023).

Destarte, é possível observar que a SEMUS empreende esforços no âmbito municipal para a consolidação dos princípios basilares do SUS em São Luís e para a constante melhoria do sistema municipal de saúde. No entanto, apesar de todas as modificações e tentativas de aprimoramento, um grande desafio persiste para a saúde pública municipal: a gordofobia médica.

4.2 A GORDOFOBIA MÉDICA NO ATENDIMENTO HOSPITALAR: vivências em São Luís

A partir dos anos 1980, a obesidade começou a ganhar destaque na agenda pública internacional enquanto questão de saúde pública. De acordo com Poulain (2013), esse processo deu-se pela criação de diversos órgãos voltados ao tema, como a *National Obesity Society*, fundada em 1982 nos Estados Unidos, e a Associação Brasileira para o estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (Abeso), fundada em 1986. Todavia, é somente a partir da década de 1990, que a obesidade deixou de ser considerada fator de risco para ser categorizada como doença e, pouco tempo depois, determinada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma epidemia mundial, iniciando assim uma “luta” contra a obesidade.

É importante ressaltar que o termo “epidemia”, como apontado por Paim e Kovalesski (2020), está associado a doenças contagiosas. Nesse contexto, a obesidade seria considerada a primeira epidemia não contagiosa da história. Contudo, a utilização desse termo visava alertar para a ideia de que qualquer pessoa pode “pegá-la”, sendo necessário a prevenção a todo custo. Esse caráter alarmista, no entanto, não se limitou apenas ao termo escolhido, mas também a forma como a doença é tratada na mídia, que a retrata como um verdadeiro desastre (Poulain, 2013; Seixas; Birman, 2012).

Logo, essa nova concepção afetou diretamente a forma como a sociedade predominantemente analisa e integra os corpos gordos, uma vez que, mesmo sendo classificada como doença, a obesidade não é vista pelo corpo social como uma “verdadeira doença” (Poulain, 2013). Já que, na maioria dos casos, o processo de

culpabilização do indivíduo deturpa esse conceito, colocando o indivíduo gordo como “aquele que ‘se esquivava’, que se recusa a emagrecer, negligente em trabalhar o próprio corpo, sendo sua falha o desleixo, sua responsabilidade [...] uma falta íntima, [...] uma impossibilidade de se regradar ou se transformar” (Vigarello, 2012, p. 300).

Além disso, por ser considerada um dos maiores desafios contemporâneos, a obesidade possui grande impacto econômico (Ferreira, 2014). Somente no Brasil, em 2019, foram usados cerca de 1,5 bilhão de reais no tratamento e combate à doença. Esses dados acabam por servir de justificativa para a perpetuação dos julgamentos voltados às pessoas obesas, visto que esta passa a ser considerada um fardo que demanda mais dos cofres públicos e de ações de saúde do que alguém com peso socialmente considerado “normal” (Palma et al, 2012). Levando então a um cenário de guerra contra a obesidade que se torna, na verdade, uma guerra contra as pessoas gordas, por meio de preconceito e atitudes discriminatórias como o pressuposto de que as pessoas têm obrigação de emagrecer por conta dos supostos prejuízos que elas causam (Farrell, 2011; Rigo; Santolin, 2012).

Dessa forma, as ações comportamentais passam a ser o foco do debate e as próprias ações de saúde passam a individualizar a culpa e colocar a solução na autodisciplina desses indivíduos (Castiel; Moraes; Paula, 2016). Isso ocorre pois, conforme Dias et al (2017), o incentivo a ações individuais isenta o Estado da necessidade de agir e não confronta o sistema capitalista e seus interesses, especialmente na indústria alimentícia. Pelo contrário, esse movimento estimula o mercado, por meio da venda de produtos dietéticos como alimentos *diet* e *light* que passam a ser comercializados com forte marketing pautado no emagrecimento.

Nesse cenário, o processo saúde-doença é diretamente afetado, levando a um processo de estigmatização da pessoa gorda no campo da saúde que se apresenta de diversas formas. A primeira delas diz respeito ao campo das pesquisas científicas na saúde, com inúmeras controvérsias, como a imprecisão de dados e a chamada “tendência à dramatização das estatísticas” (Gomes, 2024, p. 80). O que ocorre, é que após a determinação da obesidade como doença, inúmeros estudos passaram a determinar a obesidade como causa da morte de centenas de milhares de pessoas, ignorando outros fatores, como hipertensão, diabetes, tipos de câncer etc. Da mesma forma, há casos de pesquisadores que denunciaram citações

incorretas e adulterações nos dados de seus trabalhos no campo da saúde, como forma de relacionar os falecimentos ao peso corpóreo (Poulain, 2013).

Como exemplo, Poulain (2013) aponta a diferença de métodos usados por David Allison, em 1999, que determinou mais de 200 mil mortes por ano por conta da obesidade e por Al Mokdade, em 2004, que dobrou esse número, determinando 400 mil mortes nos Estados Unidos por conta da doença. Em contraponto, no ano de 2005, a pesquisadora Katherine Flegal, utilizando uma metodologia distinta, determinou 25.814 mortes ligadas à obesidade, representando uma diminuição de mais de 93% nas estatísticas apresentadas. Do mesmo modo, cita também uma denúncia realizada por McGinnis e Foege de citação incorreta de seu trabalho, no qual atribuíram a porcentagem de mortes a obesidade, quando na verdade, tratava-se de associação ao sedentarismo e aos maus hábitos alimentares (Poulain, 2013).

Dessa maneira, ainda segundo Poulain (2013), essas atitudes transformam a “norma médica” em “norma social”, intensificando a proliferação dos discursos de pseudociências⁴, sendo estes, baseados na incessante busca cultural pela magreza, desconsiderando elementos como o ganho natural de peso que ocorre no processo de envelhecimento ou a diversidade corporal que advém da diversidade étnica e racial. Logo, igualam todos os indivíduos em um único grupo, ignorando, raça, gênero, idade e elementos físicos e mentais que interferem no ganho ou perda de peso.

Prosseguindo, outra forma de estigmatização da pessoa gorda no campo da saúde infere-se ao contexto social, diante disso, os profissionais da saúde, enquanto indivíduos socialmente inseridos, não estão imunes à influência do padrão corporal vigente. Dessa forma, assim como o resto da sociedade, tendem a associar a gordura a aspectos negativos, como a falta de força de vontade, preguiça e indisciplina. Sobal (1995) destaca que, na década de 1970, os próprios médicos bariátricos eram vistos como “os médicos dos gordos” sendo inferiorizados no âmbito hospitalar, tanto por colegas de trabalho quanto por pacientes.

Isso denota que o setor de saúde serve para ratificar a culpabilização da pessoa gorda, às vezes até mesmo reforçando e ignorando o processo de estigmatização social por ela sofrido (Puhl; Heuer, 2010). Sendo assim, a gordofobia

⁴ Pseudociência refere-se a qualquer tipo de informação ou atividade que faz uso de fatos científicos mas que não resultam de métodos científicos válidos e corretamente aplicados (Marçal, 2016).

na saúde, também chamada de gordofobia médica, costuma ser sutil, porém profunda e um reflexo do preconceito enraizado. Para Puhl e Heuer (2010), os serviços de saúde, em maior parte dos casos, são relatados como um dos principais ambientes de preconceito e discriminação ligados ao peso.

Nessa perspectiva, uma das formas em que a gordofobia médica pode se manifestar é por comentários inapropriados e preconceituosos feitos pelos profissionais de saúde. No que tange esta pesquisa, é de suma importância destacar que todos os entrevistados relataram já ter ouvido, pelo menos uma vez, um comentário inapropriado e preconceituoso durante atendimento médico.

No caso de André, diagnosticado com hipertensão, que realiza atendimento médico frequente em uma Unidade Mista de São Luís, o médico questionou seu tamanho e ignorou outras possíveis causas para seu problema de saúde:

[...] eu descobri a hipertensão muito jovem, com 16. Na época, a médica que me atendia disse que era hereditário e, realmente, quase toda minha família era doente. Mas quando eu troquei de médico, a primeira coisa que ele disse foi que a culpa era do meu corpo. Disse que eu era “grande demais”, por isso estava doente. Mas eu sabia que não, já que descobri antes, mas ele não ligou. A primeira coisa que me receitou foi uma ida ao nutricionista para iniciar uma dieta. A consulta acabou aí, pois ele não deu ouvidos às minhas reclamações e repetiu diversas vezes que era por conta do meu peso

Já no caso de Clara, o episódio ocorreu em uma unidade de saúde privada, na qual uma profissional de saúde, mesmo sem qualquer qualificação, a instruiu a emagrecer durante a realização de exames em uma clínica particular especializada, mesmo que seu problema de saúde não tivesse relação com seu peso:

A enfermeira me disse: 'Você deve estar comendo demais para estar assim, não é?' Foi horrível, doeu ouvir isso. Eu tava lá para um check-up, mas ela só se importou completamente no meu peso, como se isso fosse a única coisa que importava. Então é aquilo, né?, ela tava me julgando sem nem me conhecer.

Com Paulo, Joana, Ellen e Sofia, os comentários foram em relação a sua aparência física, deixando de lado suas queixas em relação a saúde, todos vivenciados durante atendimento médico ambulatorial em unidades de saúde da capital maranhense, sendo tanto públicas quanto privadas:

Assim que eu entrei na sala, o doutor disse 'Mas como você tá imenso! (Paulo)

Eu tenho 1.86 metro de altura. Isso já me diferencia das outras pessoas, já dá uma estranheza por eu ser muito alta para uma mulher. Fui no ortopedista [...] e depois da triagem ouvi a moça que atendia, a enfermeira,

dizer para outra menina que ficava na sala com ela: 'Nossa! É difícil ver uma mulher tão alta ser tão gorda, né? Essa deve comer demais. (Joana)

Fui me consultar com o cardiologista. Correu tudo bem, mas no final do atendimento ele me deu um encaminhamento para um nutricionista. Perguntei o motivo, já que estava tudo bem em relação aos exames que eu tinha levado e não falamos nada sobre alimentação. Foi aí que ele me disse que eu iria 'melhorar' minha aparência se perdesse 'alguns quilos', disse que eu devia parar de comer besteira e tomar refrigerante e começar a almoçar salada. (Ellen)

Numa consulta em um hospital particular, fui atendida por um otorrino já idoso. Depois que ele me viu usando calça colada, dessas tipo leggings e blusa, ele disse que pessoas como eu não ficavam bonitas com essas roupas, depois sugeriu que eu usasse vestidos ou saias, como se fosse uma regra para quem tem o corpo como o meu. Senti uma vergonha imensa e saí de lá completamente constrangida (Sofia)

Esses relatos confirmam os dados obtidos pelo estudo de Sabin; Mariani; Nosek (2012) que evidenciou a ocorrência de atitudes preconceituosas contra pessoas gordas entre os profissionais da saúde, sendo recorrentemente reproduzidos, assim como pelo resto da população. Ou seja, isso denota que, enquanto seres integrantes do corpo social, os médicos e demais profissionais da área também podem achar socialmente aceitável ou normal reproduzir esses comportamentos gordofóbicos em relação a esses pacientes (Paim; Kovalski; Selau, 2024).

Desse modo, pode-se perceber como, em todos os casos apresentados, os profissionais de saúde mencionados direcionam suas observações para o peso e a aparência, desconsiderando as necessidades e/ou as queixas dos seus pacientes. Esses casos demonstram o uso de uma abordagem reducionista que transforma o corpo no único elemento que precisa de atenção e modificação. Os comentários feitos pelos profissionais demonstram que a necessidade de se adequar ao padrão estético acaba prevalecendo sobre o cuidado e respeito ao indivíduo durante o atendimento médico.

Além disso, outro ponto que merece destaque é a repetição desses episódios, visto que todos os entrevistados relatam já ter passado por essa situação ao menos uma vez. Isso evidencia como a disseminação desenfreada da cultura da magreza e do emagrecimento atinge todos os ambientes da vida social. As falas proferidas por esses profissionais, sugerindo mudanças físicas, sem qualquer relação com o propósito do atendimento médico, reforçam a gordofobia e a objetificação das pessoas obesas, já fortemente disseminada na sociedade. Em muitos casos, como

nas experiências relatadas, o foco excessivo na aparência ignora a saúde do paciente, resultando em um ambiente em que as queixas de saúde ficam em segundo plano, e a aparência do paciente ganha todo o destaque.

Outrossim, a gordofobia também pode se manifestar por meio da inexistência de equipamentos apropriados ou por instalações inadequadas. A título de exemplo, tem-se os respectivos relatos de André, Paulo e Joana :

[...] Fui me consultar numa UPA e a enfermeira me disse que achava que a balança não ia nem me aguentar. [...] Também já fiz consulta em pé porque a cadeira que tinha no hospital eram aquelas de plástico, de bar, sabe? Aquelas brancas, sem braços. Eu sabia que não ia me aguentar, então nem sentei. (André)

Uma das piores experiências da minha vida foi quando tive que ficar internado. Não tinha maca para obeso. A maca onde me colocaram era muito pequena e eu mal consegui deitar, mesmo passando mal. Já passei por isso também medindo pressão. A braçadeira do aparelho não coube e não tinha maior. A pior parte é que eles tratam como se o problema fosse só meu, como se o hospital não devesse ter uma estrutura minimamente adequada para atender todo tipo de gente. (Paulo)

Há cerca de dois anos, realizei uma cirurgia em um hospital privado da Ilha conhecido por ser um dos poucos com setor de bariátrica. Achei que eles teriam os equipamentos adequados para o pós operatório. Mas, depois de realizar a cirurgia, descobri que o hospital não possuía equipamentos para pessoas obesas. As cadeiras de roda e de banho eram muito pequenas. A enfermeira chegou a me dizer que elas me aguentariam porque suportavam até 150 quilos. Mas o problema era o desconforto. Eu sabia que ia me aguentar mas era apertada e após uma cirurgia, sentindo dores, era impossível usar. [...] Por que as outras pessoas podem ter um pós operatório bom e confortável e eu não? Só por que eu sou gorda? Ficou um sentimento de que por conta do meu corpo, eu não mereço receber o mesmo tratamento que os outros pacientes (Joana)

Esses depoimentos evidenciam a grave realidade de exclusão e negligência enfrentada pelas pessoas obesas no sistema de saúde em São Luís, eles refletem não apenas a falta de infraestrutura adequada, mas também o estigma e a desumanização que permeiam o atendimento médico desses indivíduos. Os episódios descritos ultrapassam um simples desconforto físico, na verdade, expõem uma falha sistêmica em garantir um atendimento universal e digno, mostrando como a falta de preparo dos profissionais e das unidades de saúde, sejam elas públicas ou privadas, contribui para a marginalização das pessoas obesas. É fácil observar como, novamente, o problema é tratado como algo pessoal e não como uma falha estrutural do sistema de saúde, levando a um tratamento desrespeitoso e a omissão em relação às necessidades dos pacientes obesos.

Para mais, conforme uma pesquisa realizada pelo Observatório de Obesidade, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, que analisou 75 relatos de

gordofobia médica, mais de 30% dos relatos analisados referiram-se a insistência dos médicos em promover o emagrecimento, enquanto 29,7% denunciaram à recusa de atenção ao problema de saúde relatado e a redefinição do problema como algo relacionado ao peso (Souza, 2023).

Dessa forma, destaca-se outra forma de manifestação da gordofobia média, sendo esta por meio da negação ou negligência no atendimento desses indivíduos. Essa forma pode se manifestar tanto na recusa do atendimento quanto em um atendimento raso, que ignora as queixas do paciente, associando todo e qualquer problema de saúde ao peso do indivíduo.

Cabe destacar que, mais uma vez, todos os participantes desta pesquisa alegaram já ter sofrido alguma forma de negação ou negligência nos atendimentos médicos, conforme os depoimentos a seguir:

Com a pandemia resolvi iniciar tratamento psicológico. Na minha primeira sessão de terapia, a psicóloga disse que a chance de eu estar com a saúde mental abalada por conta do meu peso era enorme. Ela disse que seria 'interessante' se além de terapia eu buscasse procurar um nutricionista e começasse a emagrecer. (Sofia)

Tenho muitas alergias e quando fui buscar atendimento com um dermatologista ele disse que o problema era a gordura. [...] Segundo ele, a gordura fazia minha pele ficar muito sensível. [...] Ele nem me analisou, só me viu e falou. Quando cheguei em casa comecei a pesquisar se era possível a obesidade causar alergia, depois de ler uns textos e muita pesquisa, descobri que a obesidade não pode ser causa direta de alergias na pele. (Clara)

Sempre quis ser mãe, mas não conseguia engravidar. Tentei começar um tratamento em uma clínica de fertilização, mas fui informada de que não poderia prosseguir devido ao meu peso. Não desisti e fui em outra clínica, fiz o tratamento e consegui engravidar. Mas quando comecei o pré natal do meu filho, dessa vez pelo SUS, na unidade que tinha perto da minha casa, tudo piorou. O médico que me atendia era muito grosseiro. Ele dizia 'Mas por que engravidar sendo desse tamanho? Era melhor você emagrecer primeiro'. [...] Ele perguntou se eu queria parto normal ou cesáreo, respondi que queria parto normal e ele disse que com o meu 'tamanho' seria impossível. [...] Em uma das últimas consultas ele disse que seria um milagre se eu ou meu filho sobrevivêssemos durante o parto. [...] Foi sem dúvidas a experiência mais humilhante da minha vida. Era meu sonho e estava tudo certo com meus exames, eu me cuidava, eu e meu marido fazíamos de tudo para o bebê ficar sempre bem. Mas mesmo assim ele me atacava só por eu ser gorda. (Ellen)

Em continuidade, Ellen destaca que os ataques ocorreram apenas nas consultas em que estava sozinha, pois sempre que estava acompanhada de seu marido, o doutor *“alfinetava”, mas não fazia comentários nem um terço cruéis quanto os que ele fazia quando eu estava sozinha*”. Dessa maneira, o relato de Ellen traz à

luz mais um aspecto que necessita destaque: a recorrência, maior intensidade dos ataques sofridos e como o recorte de gênero afeta diretamente as mulheres obesas.

Para Scott (1995), a categoria gênero é socialmente imposta sobre um corpo, sendo o primeiro local no qual o poder é articulado. Assim sendo, a constituição dos gêneros masculino e feminino ocorre de forma relacional, onde um interfere na construção do outro. Segundo Butler (2010 apud Sene, 2017), na sociedade contemporânea, a figura masculina é glorificada diante da figura feminina, logo, os regulamentos e normas sociais são impostas pelos homens, dentre as quais figura o padrão estético corporal.

Portanto, a criação do padrão de beleza, a disseminação midiática e a cobrança extrema pela adequação ao modelo perpassam a perspectiva de gênero, corroborando estereótipos e expectativas sociais que impõem restrições às mulheres. Dessa forma, o caso de Ellen demonstra que além da gordofobia estrutural, as mulheres obesas deparam-se com outro preconceito: o machismo estrutural, uma vez que ele está na gênese da sociedade moderna e, por isso, permeia todos os espaços de organização e participação social (Schultz, 2021).

Diante disso, percebe-se que as formas de preconceito, com destaque a gordofobia, se apresentam diretamente em atitudes discriminatórias, como as observadas no campo da saúde, onde as necessidades reais das pacientes são desconsideradas.

Em muitos casos, o peso é visto como a única variável relevante para o diagnóstico e tratamento, contribuindo para a exclusão das pessoas obesas, que enfrentam não só o estigma de seus corpos, mas também uma relação médico-paciente prejudicada. Esse cenário faz com que os pacientes se sintam desvalorizados e, em muitos casos, desencorajados a buscar cuidados médicos, temendo julgamentos ou a falta de atenção adequada.

A título de exemplo, dos seis entrevistados, apenas um alegou não ter tido receio de buscar atendimento médico após a vivência dos atendimentos gordofóbicos:

Não. Apesar dos episódios desagradáveis, eu considero que buscar cuidados médicos é uma responsabilidade minha, uma necessidade dos seres humanos, então cuidar da minha saúde é prioridade, mesmo nessas condições. Até porque se eu for me deixar abalar por julgamentos contra o meu corpo, deixaria de frequentar muitos lugares. (Paulo)

Contudo, todos os entrevistados responderam que consideram que os profissionais de saúde não estão suficientemente preparados para atender pessoas obesas sem julgá-los com base na sua aparência física. Da mesma forma, ao serem questionados acerca das medidas tomadas em relação a violência sofrida, todos os participantes afirmaram nunca terem realizado nenhuma forma de denúncia, utilizando como justificativa a sensação de descaso da sociedade em relação ao tema:

[...] contei para minha mãe o que havia acontecido, esperava algum tipo de apoio ou compreensão, mas ela simplesmente disse: “Tudo bem, ele é velho, por isso diz essas coisas”. Fiquei ainda mais chateada, porque, além de ter sido desrespeitada pelo médico, minha mãe minimizou o ocorrido. Pensei em denunciar, mas acabei ficando sem forças, já que por conta da idade dele parecia que era “aceitável”. Esse tipo de experiência me faz sentir que o preconceito contra pessoas como eu é normalizado, e que, muitas vezes, as pessoas não estão dispostas a nos ouvir e entender o quanto isso nos afeta. (Sofia)

Nunca denunciei porque a sensação que fica é de impotência. Se até dentro de casa nós somos julgados e negligenciados, eu, na minha opinião, não acho que não seríamos ouvidos e, muito menos, acolhidos. (André)

A realidade revelada pelos depoimentos destaca uma profunda sensação de impotência e invisibilidade vivida por pessoas obesas ao enfrentarem preconceito e violência, especialmente dentro do contexto médico. A falta de preparo dos profissionais de saúde para lidar com a obesidade de forma empática e sem julgamento contribui para a perpetuação desse estigma, criando um ambiente em que os pacientes se sentem não só desrespeitados, mas, principalmente, desamparados.

A falta de denúncias, portanto, demonstra o medo do descaso e a internalização de um processo discriminatório que não se inicia no ambiente hospitalar, mas é perpetuado por ele e torna o sofrimento e a exclusão de pessoas obesas algo aceitável. Esse ciclo de violência e indiferença social evidencia a urgência de uma abordagem mais sensível e informada sobre o tema, que promova um ambiente de acolhimento, respeito e compreensão para todos, independentemente do tamanho de seu corpo.

Todavia, engana-se quem acredita que a gordofobia na saúde revela-se apenas por meio de comportamentos preconceituosos ou julgamentos, como nos casos supracitados. Na realidade, esta forma de preconceito se estende ainda a outro aspecto: a inexistência de políticas públicas nessa área que contemplem os corpos gordos.

A título de exemplo, pode-se citar a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), que trata-se de uma diretriz formulada pelo Governo brasileiro, por meio do Ministério da Saúde, voltada para a promoção da melhoria da qualidade de vida através de alimentação adequada e saudável. Seus objetivos principais são: incentivar práticas alimentares saudáveis e reduzir a incidência de doenças ligadas à alimentação (Brasil, 2014). Contudo, apesar de sua relevância, alguns pontos desta política precisam ser ressaltados, por exemplo, o foco no controle de peso e o tratamento da obesidade como uma doença unicamente ligada aos hábitos alimentares, levando à ideia de que todos os indivíduos obesos, são assim por escolha própria.

Ignorando, por exemplo, que o Brasil, nas últimas décadas, passou por uma transição nutricional significativa e com grande influência capitalista, saindo de uma situação em que a desnutrição era predominante para um cenário onde o sobrepeso e a obesidade são as novas epidemias (Silva, 2023). Esse fenômeno está associado a uma série de fatores que incluem mudanças nos padrões alimentares, sedentarismo e maior acesso a alimentos ultraprocessados. Dessa forma, ao enfatizar excessivamente o controle de peso como um indicador de saúde, a PNAN acaba por contribuir com o processo de estigmatização das pessoas com sobrepeso ou obesidade. Por conseguinte, excluindo da equação a soma de fatores que influenciam a saúde e perpetuando a ideia de que a gordura é substancialmente negativa.

Este cenário se estende também a ilha de São Luís, na qual, a obesidade, ainda não é tratada de maneira integrada dentro da política municipal de saúde. Isto ocorre pois, embora a SEMUS tenha implantado programas gerais, como ações de vacinação e cuidados com gestantes, e um programa de combate à obesidade infantil, denominado “Programa Crescer Saudável”, a obesidade ainda não é abordada de forma sistemática ou como uma prioridade dentro de uma política pública específica. Mesmo com o aumento do número de pessoas com sobrepeso, a gestão municipal tem se mostrado aquém no enfrentamento dessa condição.

De acordo com o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, em 2022, mais de 220 mil pessoas foram diagnosticadas com obesidade no Maranhão, sendo mais de 33 mil residentes em São Luís e região metropolitana (Brasil, 2022). No entanto, as medidas adotadas pela SEMUS estão restritas ao controle de peso, muitas vezes associadas à vigilância alimentar. A falta de uma abordagem mais

ampla e integrada reflete a visão estigmatizada que a sociedade tem da obesidade, frequentemente considerada um problema de caráter ou falta de disciplina, e não uma condição multifatorial.

Fica evidente como a falta de políticas públicas e sociais específicas que tratem do tema no município é um reflexo do panorama nacional. Pois, conforme mencionado anteriormente, mesmo com o crescimento do número de brasileiros com obesidade, ainda não existe a nível nacional legislação específica voltada para o combate da gordofobia. O avanço mais recente foi o Projeto de Lei nº 5586, de 2023, protocolado pela Senadora Jussara Lima, que propunha a criação do Estatuto da Pessoa com Obesidade, visando promover a inclusão, proteção dos direitos sociais e combater o preconceito (Brasil, 2023).

Ainda neste caminho, no ano de 2022 foi protocolado, pelo deputado José Guimarães, o Projeto de Lei nº 1.786, propondo a adição da gordofobia na lei que define os crimes resultados de preconceito racial, por cor, etnia, religião ou procedência nacional. Assim sendo, praticar, induzir ou incitar a discriminação ou preconceito de um indivíduo por conta do seu peso corporal seria considerado crime passível de multa e reclusão de um a três anos (Brasil, 2022). Contudo, apesar da relevância, nenhum dos dois projetos foi aprovado.

Consequentemente, o mesmo cenário se espelha nos âmbitos estadual e municipal. A título de exemplo, no município de São Luís, existem somente três textos regulamentadores que citam o termo “obesidade”, conforme tabela a seguir:

Tabela 2 - Leis Municipais que tratam do tema “obesidade”.

LEI	EMENTA
Lei nº 3.872/2000	Institui a obrigatoriedade de assentos especiais para pessoas obesas nos cinemas e teatros de São Luís (MA) e dá outras providências.
Lei nº 4.475/2005	Cria na Cidade de São Luís o Programa Municipal de Prevenção e Controle da Obesidade em crianças e Adolescentes e dá outras providências.
Lei nº 4.513/2005	Cria no Município de São Luís a semana de combate à obesidade mórbida.

Fonte: Adaptado de Gomes, 2024.

Conforme pode-se observar, nenhum dos três documentos é voltado para o aspecto social da obesidade, tampouco para o combate da gordofobia. Como reflexo, os debates sobre a obesidade são sempre ligados ao discurso de combate, prevenção e culpabilização do indivíduo, auxiliando na perpetuação do estigma social enfrentado pelas pessoas obesas. Esse estigma social contribui para a marginalização das pessoas obesas, dificultando seu acesso a cuidados adequados e perpetuando um ambiente discriminatório tanto na sociedade quanto no sistema de saúde. A ideia de que a obesidade é uma escolha pessoal reforça preconceitos e torna mais difícil a implementação de políticas públicas eficazes. Por conseguinte, apesar da estrutura e da abrangência dos serviços de saúde, o sistema municipal de São Luís ainda é excludente, perpetuando preconceitos estruturais presentes na sociedade.

Os fatos e relatos apresentados evidenciam, portanto, que a além dos impactos culturais, a busca incessante pela magreza leva também a um enorme impacto social: o surgimento e consolidação da gordofobia na sociedade contemporânea, levando a consequências como a negação do direito à saúde para pessoas com obesidade ou sobrepeso, que pode ser vista em práticas e políticas de saúde que ignoram a complexidade das condições relacionadas ao peso corporal.

Constantemente, os serviços de saúde priorizam o controle de peso sobre a promoção de cuidado integral e inclusivo, deixando de lado os fatores sociais, econômicos, culturais, políticos e genéticos que permeiam a saúde. Como consequência, conforme destaca Sutin, Stephan e Terracciano (2015) essa abordagem reducionista adotada leva não só a oferta de um suporte inadequado, como também reforça a ideia de que o peso é a única causa dos problemas de saúde desta parcela populacional, resultando em vivências traumáticas, estigmatizadas e estressantes em ambientes que, em tese, deveriam ser acolhedores.

5 CONCLUSÃO

Esta pesquisa, cujo objetivo geral foi analisar a gordofobia como uma forma de preconceito que impede o pleno acesso de pessoas obesas aos serviços de saúde em São Luís-MA, debruçou-se em pesquisas bibliográficas e entrevistas com pessoas obesas, vítimas de gordofobia no sistema público municipal, visando colher relatos desses indivíduos e ilustrar suas vivências.

Dessa forma, durante o seguimento desta pesquisa, identificou-se que analisar a gordofobia é, antes de tudo, compreender um processo histórico profundo que, ao longo de séculos, moldou toda a trajetória social, política e cultural das pessoas obesas. Esse processo não é um fenômeno recente, mas o resultado de uma longa evolução que se estende desde os primórdios da civilização até o cenário contemporâneo, no qual as pessoas gordas continuam a ser objeto de discriminação e marginalização.

A trajetória das pessoas obesas, portanto, está intimamente ligada a transformações históricas que refletem a construção de padrões estéticos, morais e sociais impostos pelo corpo social ao longo do tempo. Dessa forma, pode-se afirmar que a perpetuação da gordofobia inicia-se há muito tempo, nos primórdios da história, e continua a se manifestar intensamente nos diversos contextos da sociedade atual, especialmente quando relacionada à saúde.

Constatou-se, então, que nessa trajetória histórica, a percepção social da pessoa gorda sofreu mudanças significativas. Em diferentes períodos, o corpo gordo foi interpretado de diferentes maneiras, sendo sempre associado aos valores e às condições socioeconômicas. Assim sendo, durante um longo período, a gordura foi associada com prosperidade, riqueza, beleza e até mesmo poder.

No entanto, as transformações socioeconômicas, especialmente com o advento da modernidade e ascensão do capitalismo, alteraram a percepção desses corpos, transformando-os em sinônimo de repulsa, sofrimento e doença, associando-o a preguiça e falta de cuidados, culminando na visão deturpada e pejorativa que ronda esses indivíduos até os dias atuais.

Observou-se que esse processo de mudança na percepção e aceitação das pessoas gordas na sociedade não ocorre de maneira espontânea, na verdade, deriva de uma construção social que reflete os preceitos culturais, políticos e, principalmente, econômicos que norteiam o corpo social. Dessa maneira, o capitalismo, em particular, possui um papel de extrema importância nesse processo,

uma vez que, através da mídia e da indústria de consumo, reforça os estereótipos, romantiza os corpos esguios e demoniza as pessoas obesas.

Logo, é cabível afirmar que a gordofobia não é apenas um preconceito individual ou resultado de opiniões isoladas, mas advém de uma estrutura de valores que se sustenta nesse sistema que constantemente marginaliza e estigmatiza aqueles que se encontram fora dos padrões de corpo ideal. Destarte, a relação entre o capitalismo e o surgimento e perpetuação da gordofobia é direta, pois as indústrias da moda, alimentação e midiática reforçam a ideia de perfeição da magreza e de demonização da gordura. À vista disso, a necessidade de emagrecimento deixa de ser somente uma questão estética e se torna uma questão de controle e poder sobre os corpos, já que a insatisfação com a aparência e a dismorfia corporal tornaram-se mais um nicho de lucro para um sistema.

Dessa forma, concluiu-se que a história das pessoas gordas e da gordofobia não pode, de nenhuma forma, ser dissociada da história dos modos de produção, em especial do sistema capitalista, visto que este influi diretamente na perpetuação dos preconceitos. Portanto, compreender a gordofobia vai além de estudar uma forma de preconceito, requerendo uma compreensão crítica da sua ligação com as estruturas de poder, dominação e consumo.

Como consequência desta intrínseca ligação, verificou-se que a gordofobia pode ser percebida de inúmeras formas, aparecendo nos ambientes escolares, laborais, nos transportes, entre outros. Essa recorrência denota que a gordofobia é um preconceito estrutural já enraizado na sociedade brasileira, levando aos inúmeros casos de humilhações, zombarias e patologização do corpo gordo, transformando-o em um alvo.

Além disso, constatou-se que uma das manifestações da gordofobia é a ausência de políticas públicas, visto que, mesmo com a crescente primazia da obesidade e sobrepeso na população brasileira, estas são praticamente inexistentes no cenário brasileiro. Somado a quase inexistência está a ineficiência das poucas políticas existentes que focam na responsabilização individual e deixam de lado os aspectos sociais, culturais e socioeconômicos do problema.

Mediante esse cenário, essa pesquisa destacou que esta forma de preconceito encontra maior força na área da saúde, já que a incansável luta pela obesidade, na verdade, reflete uma verdadeira guerra contra os indivíduos obesos. No desenvolvimento da pesquisa, foi possível observar que o cenário supra descrito

não é exclusivo de uma única região, trata-se, na realidade, de uma conjuntura que se anuncia a nível mundial, nacional, estadual e municipal, com ênfase na última.

Isto posto, a pesquisa debruçou-se sobre a incidência da gordofobia médica no município de São Luís. Por conseguinte, demonstrou que, na prática hospitalar municipal, a gordofobia média revela-se por meio de comentários inapropriados e irrelevantes no contexto médico. Os relatos apresentados pelos participantes da pesquisa revelam que estes ocorridos são frequentes e invasivos, além de destacar como a construção social de corpo ideal criada pelo sistema capitalista também afeta os profissionais da saúde que, enquanto membros do corpo social, não estão imunes às propagandas, revistas e redes sociais cultuando incansavelmente o corpo magro.

Ademais, constatou-se que outra forma de manifestação deste tipo de preconceito é por meio da falta de estrutura adequada para o atendimento dos pacientes obesos, indo desde a falta de macas até a inexistência de cadeiras adequadas para estes pacientes. Por fim, detectou-se que a gordofobia médica na ilha de São Luís também se manifesta por meio da negação de atendimento ou negligência médica. Os relatos colhidos revelaram que a gordofobia leva a situações nas quais o problema de saúde relatado é completamente ignorado, dando destaque pura e unicamente a sua aparência corporal.

Todas as formas de gordofobia médica relatadas pelos pacientes do sistema de saúde municipal revelam um aspecto em comum: a responsabilização do indivíduo. Dessa forma, entendeu-se que este processo leva a um cenário no qual ignora-se o direito desses indivíduos, enquanto cidadãos brasileiros, ao acesso à saúde de forma digna, colocando-os em situações humilhantes para usufruir de tal direito constitucionalmente garantido.

Assim sendo, a gordofobia, quando refletida no atendimento médico hospitalar, destaca a incoerência que existe entre as necessidades concretas da população obesa e a forma como o sistema de saúde no município, e em todo o país, é estruturado para atendê-los e lidar com essas questões. Por conseguinte, no que diz respeito a Política de Saúde brasileira e ludovicense, constatou-se que, apesar das modificações e significativos avanços, essas ainda carregam estigmas relacionados ao peso e à obesidade. Fato que se associa, principalmente, à construção dessas políticas que, desde os primórdios, ignoraram esta parte da população. Como resultado, obteve-se os relatos que evidenciam como os pacientes

obesos experimentam frequentemente a negligência médica e a falta de humanização no cuidado hospitalar.

Por fim, a pesquisa revelou a necessidade de se refletir sobre o papel das políticas públicas na construção de um sistema mais inclusivo e que leve em consideração as especificidades da população obesa e, principalmente, a forma como esta vem sendo tratada e incluída na sociedade. A criação de políticas que abordem a obesidade de maneira integrada, não apenas como um problema individual, mas como uma questão que envolve elementos sociais, culturais e econômicos, como acesso à alimentação saudável, educação, espaços públicos e tratamentos médicos adequados, é essencial para combater a gordofobia.

Nessa perspectiva, percebe-se que a implementação de ações e programas que sensibilizem os profissionais de saúde sobre os efeitos negativos do estigma corporal, além de incentivar a criação de ambientes mais acessíveis e acolhedores, é também fundamental para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária. É justamente nesse contexto, que o Serviço Social desempenha um papel crucial, atuando como um elo entre os indivíduos que enfrentam a discriminação e os serviços de saúde disponíveis. Os(as) assistentes sociais podem promover a sensibilização do corpo social sobre os direitos das pessoas gordas, enfatizando a importância do respeito e da dignidade no atendimento médico e reforçando a saúde como um direito universal.

Além disso, esses profissionais, quando inseridos no contexto médico hospitalar, podem facilitar o diálogo entre pacientes e equipes de saúde, garantindo que as vozes das pessoas gordas sejam ouvidas e respeitadas. Ao trabalhar na formação de equipes multidisciplinares, o Serviço Social contribui para a criação de um ambiente mais humanizado e acolhedor, onde a diversidade corporal é reconhecida, valorizada e respeitada. Dessa forma, o(a) profissional do Serviço Social se torna um agente transformador, essencial para a luta contra o estigma e a favor dos direitos das pessoas gordas, contribuindo para criação de um ambiente médico hospitalar mais justo e igualitário.

Todavia, o papel do Serviço Social se estende ainda a outras esferas da sociedade brasileira, quando atua de forma sistemática no combate à gordofobia estrutural. O comprometimento da profissão com a promoção da equidade, defesa dos direitos humanos e sociais básicos e, especialmente, com a consolidação da justiça social, coloca estes profissionais em posição de destaque nessa luta. Os(as)

assistentes sociais, em sua atuação profissional cotidiana, são capazes de identificar e enfrentar as práticas discriminatórias. Além disso, ao atuar em diversos ambientes, como o meio escolar, hospitalar, sócio jurídico, assistencial, e outros, o Serviço Social serve para contribuir de forma crucial para a desconstrução de padrões estéticos e comportamentais que marginalizam os corpos gordos.

Para mais, estes profissionais possuem presença relevante também na atuação junto às famílias, ambientes nos quais as questões identitárias e de estigmatização do corpo gordo muitas vezes surgem e se consolidam, visto que são locais onde são reproduzidos discursos de perfeição corporal e pressão sobre os membros para que se enquadrem em padrões de magreza. Logo, os(as) profissionais do Serviço Social encontram mais um campo de intervenção, sendo capazes de promover diálogos e sensibilização sobre a diversidade corporal e aceitação, visando a criação de um ambiente familiar mais acolhedor.

O enfrentamento da gordofobia estrutural, portanto, exige a colaboração de múltiplos espaços institucionais e a atuação constante de profissionais como assistentes sociais que, em sua prática, buscam pautar as questões relacionadas à saúde e ao corpo de maneira mais inclusiva e plural. A intervenção do Serviço Social também se estende ao fortalecimento de políticas públicas que garantam a dignidade e os direitos das pessoas gordas, garantindo que elas não sejam discriminadas ou excluídas de acesso a serviços e direitos por conta de seu peso. Dessa forma, o Serviço Social se apresenta como uma ferramenta essencial na luta por uma sociedade mais justa e menos opressiva para todos os corpos, independentemente de sua forma ou tamanho.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Marcelo de Paiva (Org.). **A ordem do progresso**: cem anos de política econômica republicana, Rio de Janeiro: Ed. Campos, 1989.
- ADORNO, T.; HORKHEIMER, M. **Dialética do esclarecimento**: fragmentos filosóficos. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1985.
- ALMEIDA, Célia Maria de; PÊGO, Raquel Abrantes. Organização dos serviços de saúde. In: INSTITUTO Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas. **Saúde e trabalho no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1983.
- ALMEIDA, G. E. K. B. Gordofobia e Inclusão: Uma Análise Crítica sobre o Estigma da Obesidade. **Revista de Estudos sobre Corpo e Cultura**, vol. 8, n. 2, 2019, pp. 56-72.
- ARAUJO, Bruna. **Direito à saúde para a população trans**: uma análise sobre a universalização do acesso para pessoas trans ao ambulatório de sexualidade do Hospital Universitário da UFMA, entre 2016 e 2020. Dissertação (Pós Graduação em Políticas Públicas) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2023
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. **Obesidade e a Gordofobia Percepções 2022**: Pesquisa Mundial da Obesidade. 2022. Disponível em: <https://abeso.org.br/pesquisa-gordofobia/>. Acesso em: 13 mar. 2024.
- BAPTISTA, T. J.R; ZANOLLA, S. R. S. **Corpo, estética e ideologia**: Um diálogo com a ideia de beleza natural. Movimento, Porto Alegre, v. 22, n. 3, 999-1010, jul./set. de 2016.
- BAPTISTA, T.J.R. **Procurando o lado escuro da lua**: implicações sociais da prática de atividades corporais realizadas por adultos em academias de ginástica de Goiânia. Dissertação (Mestrado em Educação Brasileira) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2001.
- BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 2011. 72p.
- BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, Rosangela Maria. As Políticas de Saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 380-398, dez. 1996.
- BONAT, G. Processos por “gordofobia” crescem 314% em 4 anos; indenização média pedida é R\$ 240 mil. **Gazeta do Povo**, 01 mar. 2023. Disponível em: <https://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/processos-gordofobia-crescem-300-4-anos-indenizacao-media-pedida-240-mil/>. Acesso em: 07 nov. 2024.
- BRAGA, J.C.S.; PAULA, S.G. **Saúde e Previdência**. Estudos de Política Social. São Paulo: HUCITEC, 1987.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. In: LOPES, C. F; CRUZ, E. B. (Org.). **Vade Mecum do Serviço Social**. 12. ed. Fortaleza, CE: Socialis Editora, 2022. p. 21-116.

BRASIL. **Decreto 22.872, de 29 de junho de 1933**. Cria o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos, regula o seu funcionamento e dá outras providências. Rio de Janeiro: Senado Federal, [1933]. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/443797/publicacao/15694507>. Acesso em: 08 abr. 2024.

BRASIL. **Decreto nº 16.300, de 31 de dezembro de 1923**. Aprova o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, RJ. 1923. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-16300-31-dezembro-1923-503177-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 08 abr. 2024.

BRASIL. CanalGov. **Pronunciamento Oficial do Presidente da República, Jair Bolsonaro**. Youtube, 24 de março de 2020. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=VWsDcYK4STw&list=PLhWY8l8K2BUNAUF5F5UbTxBB283NrN-T&index=5>. Acesso em: 10 out. 2024.

BRASIL. Governo Federal. **Governo Federal garante repasse adicional de R\$ 2 bilhões para assegurar assistência em entidades filantrópicas**. Brasília, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2023/04/governo-federal-garante-repasse-adicional-de-r-2-bilhoes-para-assegurar-assistencia-em-entidades-filantropicas>. Acesso em: 22 maio 2024.

BRASIL. Governo Federal. **Painel Coronavírus**. 2024. Disponível em: Coronavírus Brasil (saude.gov.br). Acesso em: 10 out. 2024.

BRASIL. Governo Federal. **O que é o Programa de Parcerias de Investimentos?**. 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/orgaos/seppi/sobre-o-programa>. Acesso em: 25 set. 2024.

BRASIL. **Lei 1.261, de 31 de outubro de 1904**. Torna obrigatória a vacinação e a revacinação contra a varíola. Rio de Janeiro, RJ. 1904. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=1261&ano=1904&ato=53b0TPB10MjR1Tf76#:~:text=TORNA%20OBRIGATORIAS%2C%20EM%20TODA%20A,E%20REVACINACAO%20CONTRA%20A%20VARIOLA>. Acesso em: 03 abr. 2024.

BRASIL. **Lei 6.229, de 17 de julho de 1975**. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. Brasília, DF. 1975. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6229.htm#:~:text=LEI%20No%206.229%2C%20DE%2017%20DE%20JULHO%20DE%201975.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20organiza%C3%A7%C3%A3o%20do%20Sistema%20Nacional%20de%20Sa%C3%BAde. Acesso em: 03 maio 2024.

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 16 dez. 2024.

BRASIL. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras

providências. Brasília, DF. 1990. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 28 dez 2024.

BRASIL. **Lei nº 3.987, de 02 de janeiro de 1920.** Reorganiza os serviços da saúde pública. Rio de Janeiro, RJ. 1920. Disponível em:
<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1920-1929/lei-3987-2-janeiro-1920-570495-publicacaooriginal-93627-pl.html#:~:text=combate%20%C3%A1s%20epidemias%20e%20quaesquer%20regi%C3%B5es%20do%20paiz.&text=promover%20acc%C3%B4rdo%20com%20os%20Governos,Paragrapho%20unico>. Acesso em: 05 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde:** quando o SUS ganhou forma. Brasília, 2019. Disponível em:
<https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>. Acesso em: 08 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo,** 2022. Disponível em:
<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo>. Acesso em: 18 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **COVID-19,** 2023. Disponível em:
<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/covid-19>. Acesso em: 10 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição: PNAN.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:
<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pnan>. Acesso em: 30 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. **Tabela de Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice,** 2022. Disponível em:
<https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>. Acesso em: 17 dez.. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS no município:** garantindo saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:
https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_municipio_garantindo_saude.pdf. Acesso em: 28 nov. 2024.

BRASIL. **Pesquisa Nacional de Saúde:** ano da pesquisa. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2019. Disponível em:
<https://www.pns.icict.fiocruz.br/volumes-ibge>. Acesso em: 01 jul. 2024.

BRASIL. **Projeto de Lei nº 1.786, de 2022.** Inclui a discriminação ou preconceito em razão do peso corporal relacionado à obesidade nos crimes previstos na Lei 7.716, de 05 de janeiro de 1989. Brasília: Câmara Legislativa, 2022. Disponível em:
https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2318345&filename=Avulso%20PL%201786/2022. Acesso em: 29 dez 2024.

BRASIL. **Projeto de Lei nº 5586, de 2023.** Institui o Estatuto da Pessoa com Obesidade, com foco na promoção da inclusão, proteção da saúde e dos direitos, tratamento adequado, combate ao bullying, assistência social e inserção no mercado de trabalho. Brasília: Senado Federal, 2023. Disponível em:

<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/161162#:~:text=Projeto%20de%20Lei%20n%C2%B0%205586%2C%20de%202023,social%20e%20inser%C3%A7%C3%A3o%20no%20mercado%20de%20trabalho>. Acesso em: 29 dez 2024.

BRAVO, M. I. S.; LIMA, J. B; CORREIA, M. V. C. Privatização e mercantilização da saúde e crise no Rio de Janeiro: o desmonte realizado pelas organizações sociais. In: BRAVO, Maria Inês et al. **Políticas Sociais e Ultraneoliberalismo**. Minas Gerais: Navegando, 2020. p. 125-146.

BRAVO, M.I.S; PELAEZ, J.E; MENEZES, J.S.B. **A saúde nos governos Temer e Bolsonaro**: o SUS totalmente submetido ao mercado. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Anais do 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Brasília: CRESS, 2019.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete et al. **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. Rio de Janeiro: Cortez, 2006. 408 p.

CAMARANO, Ana Amélia; ABRAMOVAY, Ricardo. **Êxodo rural, envelhecimento e masculinização no Brasil**: panorama dos últimos 50 anos. Rio de Janeiro: IPEA, 1999.

CAMPOS, Silvana da S. et al. **Num relance de olhar... a estigmatização das pessoas gordas**: do passado aos dias de hoje. Revista Hupe. v. 14, n. 3, jul./set. 2015. p. 90-96

CARNEIRO, A. N; FERREIRA, S.L. **Padrões de beleza, raça e classe**: Representações e elementos identitários de mulheres negras da periferia de Salvador. 18º REDOR, Recife, nov. 2015.

CASTIEL, L. D.; MORAES, D. R.; PAULA, I. J. Terapeuticalização e os dilemas preemptivistas na esfera da saúde pública individualizada. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n.1, p.96-107, 2016. 12p.

CASTRO, A. L. **Culto ao corpo e sociedade**: mídia, estilos de vida e cultura de consumo. São Paulo: Annablume: Fapesp, 2003.

CNN BRASIL. **Bolsonaro defende reabertura**: COVID-19 na África e mais. CNN Brasil, 14 maio 2020. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/bolsonaro-defende-reabertura-covid-19-na-afri-ca-e-mais-da-tarde-de-14-de-maio/>. Acesso em: 10 out. 2024.

COALIZÃO SAÚDE BRASIL. **Coalizão Saúde Brasil**: uma agenda para transformar o sistema de saúde. São Paulo: Coalizão Saúde Brasil, 2017

COUZEMENCO, Fernanda. Iniciativa privada detém 80% do recurso público da saúde, diz especialista. **Século Diário**, 2022. Disponível em: <https://www.seculodiario.com.br/saude/80-do-recurso-publico-da-saude-esta-na-iniciativa-privada-diz-especialista>. Acesso em: 22 maio 2024.

CRISTALDO, Heloisa; BRANDÃO, Marcelo. **Vacinação contra a covid-19 começa em todo o país**. Agência Brasil, Brasília, 19 de janeiro de 2021. Disponível em:

<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-01/vacinacao-contracovid-19-comec3%A7a-em-todo-o-pais>. Acesso em: 10 out. 2024.

DAOLIO, J.. **Da cultura do corpo**. Campinas, São Paulo: Papirus, 1995.

DIAS, P. C. et al. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 7, 2017.

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

FELIPPE, F. M. L.. Obesidade como um problema social: novas demandas profissionais ao serviço social. **Katálisis**, 7(2). 2004. p. 239-248

FERREIRA, K. R. D. Racismo e sexismo em instituições de saúde do DF: Pré-natal, parto e pós-parto de mulheres negras. **Revista Sociedade e Estado**, v. 31, n. 3, set./dez., 2016. p. 885-885. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/sociedade/article/view/6176>. Acesso em: 9 set. 2024.

FERREIRA, V. A. **Desigualdades sociais, pobreza e obesidade**. 2014. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

FISCHLER, C. Obeso benigno, obeso maligno. In: SANT'ANNA, D. B. (Org.). **Políticas do corpo**. São Paulo: Estação Liberdade, 1995. p. 68-80.

FLOR, Gisele. Corpo, Mídia e Status Social: reflexões sobre padrão de beleza. **Revista de Estudos da Comunicação**, Curitiba, v. 10, n. 23, set./dez. 2009, p. 267-274.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**: nascimento da prisão. 20. ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 1999. p. 162-218.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. **Relatório Analítico das irregularidades e dos prejuízos à Sociedade, aos Trabalhadores e ao Erário causados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH**. 2015. Disponível em: <https://www.contraprivatizacao.com.br/p/materiais.html>. Acesso em: 11 out. 2024.

GAIO, Roberta; CARVALHO, Roberto Brito; SIMÕES, Regina. Métodos e técnicas de pesquisa: a metodologia em questão. In: GAIO; Roberta. **Metodologia de Pesquisa e Produção de Conhecimento**. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.p.143-p.171.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2008.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos; 1988.

GOLDEMBERG, M. A civilização das formas: o corpo como valor. In: GOLDENBERG, M. (Org.). **Nu e vestido**. Rio de Janeiro: Record, 2002. p. 139-188.

GOMES, I. F. **Peso, Trabalho e Direito: Gordofobia e Direito Antidiscriminatório Trabalhista**. 2024. 489 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, 2024, 489 p.

JIMENEZ, M. L. J. **Gordofobia: injustiça epistemológica sobre corpos gordos**. Epistemologias do Sul, Foz do Iguaçu, v. 4, n. 1, p. 144-161, 2020.

JOVEM de 25 anos morre na porta de hospital estadual de SP após ter atendimento negado por falta de maca para pessoas obesas. **G1**, São Paulo, 06 jan. 2023. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2023/01/06/jovem-de-25-anos-morre-na-porta-de-hospital-estadual-de-sp-apos-ter-atendimento-negado-por-falta-de-maca-para-pessoas-obesas.ghtml>. Acesso em: 13 mar. 2024.

KNOPP, G. C. **A influência da mídia e da indústria da beleza na cultura da corpolatria e na moral da aparência na sociedade contemporânea**. In: ENECULT - Encontro de Estudos Multidisciplinares em Cultura, 4., 2008, Salvador, BA. Anais [...]. Salvador: Faculdade de Comunicação/UFBA, 2008, 13p.

KORTKAMP; B. B; REIS, C. **Uma reflexão crítica sobre a construção da gordofobia estrutural nas escolas de educação básica**. In: Seminário Internacional Fazendo Gênero 12 (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2021. 13p.

LIPOVETSKY, G. **O Império do Efêmero: a moda e seu destino nas sociedades modernas**. Tradução Maria Lúcia Machado. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

MALAGODI, Edgard. **O que é materialismo dialético?**. 1. ed. São Paulo: Brasiliense, 1988. 89p.

MARÇAL, D. **Pseudociência: ensaios da fundação**. Lisboa, Portugal: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2016. 105p.

MARX, Karl. **O Capital: Crítica da Economia Política**. Volume 1. Tradução de Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2013. 1493p.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A Ideologia Alemã**. Tradução de Rubens Enderle; Nélcio Schneider; Luciano Cavini Martorano. São Paulo: Boitempo, 2007. 616p.

MEDEIROS, C. R.O; LOPES, V.R. Estigmas da obesidade no contexto das organizações: abominação, fracasso e incapacidade. **Revista organizações em contexto**, 2017. p. 21-49.

MEDEIROS, Kedna. **A presença da mulher gorda nas telenovelas brasileiras: um estudo das teledramaturgias mais vistas em 2016 e 2017 no Brasil**. 2018. 45 f., il. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Comunicação Social)—Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

MEDEIROS, T. M, et al. Desafios da universalidade no SUS: avaliação do acesso e qualidade dos serviços de saúde no Brasil. **Revista Caderno Pedagógico – Studies Publicações e Editora Ltda.**, Curitiba, v.21, n.6, p. 01-13. 2024.

MELO, F. V. S; FARIAS, S. A; KOVACS, M. H. Estereótipos e estigmas de obesos em propagandas com apelos de humor. **O&S - Salvador**, v. 24, n. 81, p. 305-324, Abr./Jun. 2017. 20 p.

MINAYO, Maria C. de Souza. **O Desafio do Conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 328p.

MOTA, C. V. Gordofobia: 'Usavam minhas fotos para falar do meu corpo no WhatsApp'. **BBC**, São Paulo, 30 dez. 2022. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/geral-63949805>. Acesso em: 28 out. 2024.

MOTA, Camila Veras. **Coronavírus**: o que a Ciência diz sobre o uso da cloroquina contra a covid-19. BBC News Brasil, São Paulo, 27 de março de 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/geral-52067244>. Acesso em: 10 out. 2024.

NETTO, José Paulo. Introdução ao método na teoria social. In: **Curso de Especialização**: Direitos sociais e competências profissionais. CFESS/ABEPSS. Brasília, 2009. 23p.

OLIVEIRA, S. C.L; POLLI, G. M. Representações sociais da pessoa gorda em sentenças trabalhistas: questões de gordofobia. **Psicologia Argumento**, abr./jun. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **COVID-19 Dashboard**. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 10 out. 2024.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica.. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p.

PAIM, M.B; KOVALESKI, D. F. Análise das diretrizes brasileiras de obesidade: patologização do corpo gordo, abordagem focada na perda de peso e gordofobia. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.29, n.1, e190227, 2020. 12p.

PAIM, M.B; KOVALESKI, D. F; SELAU, B.L. Compreendendo o termo gordofobia médica a partir da perspectiva de pessoas gordas. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.33, n.1, e220842pt, 2024, 14p.

PALMA, A. et al. Os “pesos” de ser obeso: traços fascistas no ideário de saúde contemporâneo. **Movimento**, Porto Alegre, v.18, n. 4, 2012. p. 99-119.

PARTIDO SOCIAL LIBERAL. O caminho da prosperidade. Brasil acima de tudo. Deus acima de todos. **Proposta de Plano de Governo do presidente Bolsonaro 2018**. Disponível em: https://divulgacandcontas.tse.jus.br/candidaturas/oficial/2018/BR/BR/2022802018/280000614517/proposta_1534284632231.pdf. Acesso em 10 out. 2024.

PEREIRA, M. C. **Gordofobia**: uma análise sobre a percepção de discriminação baseada no peso. Dissertação de Mestrado, Universidade de Fortaleza - UNIFOR, Brasil, 2019, 187p.

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

PINTO, M. S. **Muito mais do que pe(n)sam**: percepções e experiências acerca da obesidade entre usuárias da rede pública do município de Fortaleza – Ceará. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil, 2009, 113p.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão, 2014. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2165/livros>. Acesso em: 03 abr. 2024.

POULAIN, Jean-Pierre. **Sociologia da Obesidade**. São Paulo: Senac São Paulo, 2013.

PUHL, R. M.; HEUER, C. A. Obesity stigma: important considerations for public health. **American journal of public health**, Washington, DC, v. 100, n. 6, 2010.

QUEIROZ, Thalita. Adolescente é vítima de gordofobia após vídeo em moto viralizar nas redes; polícia investiga. **O dia**, Rio de Janeiro, 26 jun. 2024. Disponível em: <https://odia.ig.com.br/rio-de-janeiro/2024/06/6870173-adolescente-e-vitima-de-gordofobia-apos-video-em-moto-viralizar-nas-redes-policia-investiga.html>. Acesso em: 28 out. 2024.

RANGEL, N. F. A. **O ativismo gordo em campo**: política, identidade e construção de significados. 2018. 178 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, 2018.

RIGO, L. C.; SANTOLIN, C. B. Combate à obesidade: uma análise da legislação brasileira. **Movimento**, Porto Alegre, v.18, n. 2, 2012, p. 279-296.

RODRIGUES, Meghie. O gordo, o belo e o feio: o embate entre obesidade e padrões estéticos. **Revista Com Ciência**, 2013. Disponível em: https://comciencia.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-76542013000100005&lng=pt. Acesso em: 02 nov. 2024.

SABIN, Janice A.; MARINI, Maddalena; NOSEK, Brian A. Implicit and explicit anti-fat bias among a large sample of medical doctors by BMI, race/ethnicity and gender. **PloS one**, v. 7, n. 11, 2012.

SALLES, Pedro. **História da Medicina no Brasil**. Belo Horizonte: Ed. G. Holman, 1971.

SANTOS, Kennedy Maia; *et al.* A saúde como direito: evolução das políticas de saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Direito Social** - RBDS, Belo Horizonte, v. 5, n. 1, 2022, p. 26-37.

SÃO LUÍS. Conselho Municipal de Saúde. **Relatório da 13ª Conferência de Saúde de São Luís-MA**. São Luís, 2023. Disponível em: <https://www.saoluis.ma.gov.br/semus/conteudo/4456>. Acesso em: 29 dez. 2024.

SÃO LUÍS. **Lei 3.872, de 15 de fevereiro de 2000**. Institui a obrigatoriedade de assentos especiais para pessoas obesas nos cinemas e teatros de São Luís (MA) e dá outras providências. São Luís, 2000. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/ma/s/sao-luis/lei-ordinaria/2000/388/3872/lei-ordinaria-n-3872-2000-institui-a-obrigatoriedade-de-assentos-especias-para-pessoas-obe>

sas-nos-cinemas-e-teatros-de-sao-luis-ma-e-da-outras-providencias?q=3.872. Acesso em 28 dez. 2024.

SÃO LUÍS. **Lei 4.475, de 31 de maio de 2005**. Cria na cidade de São Luís, o Programa Municipal de Prevenção e Controle da Obesidade em crianças e adolescentes e dá outras providências. São Luís, 2005. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/ma/s/sao-luis/lei-ordinaria/2005/448/4475/lei-ordinaria-n-4475-2005-cria-na-cidade-de-sao-luis-o-programa-municipal-de-prevencao-e-controle-da-obesidade-em-criancas-e-adolescentes-e-da-outras-providencias?q=4475>. Acesso em 28 dez. 2024.

SÃO LUÍS. **Lei 4.513, de 27 de julho de 2005**. Cria no município de São Luís, a semana de combate à obesidade mórbida. São Luís, 2005. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/ma/s/sao-luis/lei-ordinaria/2005/452/4513/lei-ordinaria-n-4513-2005-cria-no-municipio-de-sao-luis-a-semana-de-combate-a-obesidade-morbida?q=4.513>. Acesso em 28 dez. 2024.

SÃO LUÍS. **Lei 6.020, de 23 de dezembro de 2015**. Revoga a Lei nº 3.267 de 15 de julho de 1993 que criou o Conselho Municipal de Saúde de São Luís e a Lei nº 3.377 de 29 de dezembro de 1994, atualiza os Objetivos, as Competências e a Composição do referido Conselho, e dá outras providências. São Luís, 2015. Disponível em: <https://www.camara.slz.br/download/publicada-em-29-12-15/>. Acesso em 28 dez. 2024.

SÃO LUÍS. **Lei nº 1.648, de 10 de janeiro de 1966**, cria a Secretaria Municipal de Saúde. São Luís: Prefeitura do Município de São Luís, 1966. Disponível em: <https://www.saoluis.ma.gov.br/semus/institucional>. Acesso em: 29 nov. 2024.

SÃO LUÍS. Secretaria Municipal de Saúde. **Guia de unidades de saúde e serviços ofertados**. São Luís: Prefeitura do Município de São Luís, 2024. Disponível em: <https://saoluis.ma.gov.br/semus/conteudo/1771>. Acesso em: 16 dez. 2024.

SÃO LUÍS. Secretaria Municipal de Saúde. **Institucional**. São Luís: Prefeitura do Município de São Luís, 2024. Disponível em: <https://www.saoluis.ma.gov.br/semus/institucional>. Acesso em: 16 dez. 2024.

SÃO LUÍS. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão**. São Luís: Prefeitura do Município de São Luís, 2023. Disponível em: <https://www.saoluis.ma.gov.br/semus/conteudo/4012>. Acesso em: 17 dez. 2024.

SCHULTZ, M. Machismo: toxina que degrada o meio esportivo. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, 2021. p. 71-76. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rbefe/article/view/187907>. Acesso em: 18 dez. 2024.

SCOTT, J. **Gênero**: Uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*, 20(2), 1995.

SEIXAS, C. M.; BIRMAN, J. O peso do patológico: biopolítica e vida nua. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.13-26, 2012. 14p.

SENE, R. A. R. **Identidades de Raça, de Gênero e de Sexualidade nas Aulas de Língua Inglesa na Visão das/os Estudantes** (Dissertação de mestrado).

Universidade Estadual de Ponta Grossa, Programa de Pós Graduação em Letras, Estudos da Linguagem, Ponta Grossa, PR, Brasil, 2017.

SILVA, A. C. S. Transição Nutricional no Brasil: tendência e desafios contemporâneos. **Revista Saúde.Com**, Bahia, 19 (3):3368. 2023. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/13979/8135>. Acesso em: 30 ago. 2024.

SILVA, H. C. B; LIMA, T. C. S. Racismo Institucional: violação do direito à saúde e demanda ao Serviço Social. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v.24, n. 2, p. 331-341, maio/ago. 2021.

SOBAL, Jeffery. The Medicalization and Demedicalization of Obesity. In: MAURER, Donna; SOBAL, Jeffery (Coords.). **Eating Agendas: Food And Nutrition as Social Problems**. Nova York: Aldine de Gruyter, 1995.

SOLÉ, A. “¿Qué es una empresa? Construcción de un ideal tipo transdisciplinario”. Working Paper. Paris, 2004.

SOUZA, Ester. et al. Vivência de Gordofobia médica em serviços de saúde no Brasil. **Journal Health NPEPS**, 2023. Disponível em: Vivências de gordofobia médica em serviços de saúde no Brasil – Observatório de Obesidade (uerj.br). Acesso em: 30 ago. 2024.

STENZEL, L. M. **Obesidade: o peso da exclusão**. 2. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.

STRINGS, Sabrina. **Fearing the Black Body: the racial origins of fat phobia**. Nova York: NYU Press, 2019. 296p.

SUTIN, A.; STEPHAN, Y.; TERRACCIANO, A. Weight Discrimination and Risk of Mortality. **Psychological Science**, California, v. 26, n. 11, 2015.

SWIFT, Taylor. **Miss Americana**. Direção de Lana Wilson. [S.I.]: Netflix, 2020. Documentário.

TAVARES, R. Adolescente obesa abandona escola por vergonha em Uberlândia (MG). **Notícias do UOL**. Uberlândia, 27 set. 2012. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2012/09/27/adolescente-obesa-abandona-escola-por-vergonha-em-uberlandia-mg.htm>. Acesso em: 05 nov. 2024.

VIGARELLO, Georges. **As Metamorfoses do Gordo: História da Obesidade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

WANDERLEY, E. N; FERREIRA, V. A. Obesidade: uma perspectiva plural. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2010.

WOLF, Naomi. **O mito da Beleza: como as imagens de beleza são usadas contra as mulheres**. 1. ed. Tradução Waldéa Barcellos. Rio de Janeiro: Editora Rocco, 1992. 438 p.

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO APLICADO AOS ENTREVISTADOS

1. Dados Demográficos:

1.1. Idade:

- ☐ Menos de 18 anos
- ☐ 18-30 anos
- ☐ 31-40 anos
- ☐ 41-50 anos
- ☐ 51-60 anos
- ☐ Mais de 60 anos

1.2. Com qual gênero se identifica?

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino
- ☐ Não binário
- ☐ Prefiro não responder

2. Serviços de Saúde:

2.1. Você utiliza serviços de saúde públicos ou privados*?

***Os serviços públicos são aqueles ofertados gratuitamente, por meio do Sistema Único de Saúde. Enquanto os serviços privados são aqueles que necessitam de pagamento ou plano de saúde para acesso.**

- ☐ Público
- ☐ Privado
- ☐ Ambos

2.2. Dos serviços de saúde utilizados, independente do tipo de oferta, qual(is) serviço(s) costuma utilizar mais?

- ☐ Serviços Ambulatoriais (Consultas médicas, realização de exames, etc.)
- ☐ Serviços de Emergência
- ☐ Internação
- ☐ Vacinação
- ☐ Farmácia Popular
- ☐ Outros

2.3. Com que frequência você costuma utilizar os serviços de saúde?

- ☐ Semanalmente
- ☐ Mensalmente
- ☐ Anualmente

() Somente quando necessita

2.4. Qual Unidade de Saúde você costuma frequentar?

() Unidades Básicas de Saúde - UBS (Também conhecidos como Postos de Saúde)

() Unidade de Pronto Atendimento - UPA

() Hospitais Públicos Municipais

() Hospitais Públicos Estaduais

() Hospitais Privados

() Clínicas Médicas Privadas

3. Percepções sobre o atendimento:

3.1. Você já se sentiu desrespeitado(a) ou desconfortável devido ao seu peso em consultas médicas?

3.2. Você já ouviu comentários negativos sobre seu peso durante consultas médicas? Se sim, como você descreveria esses comentários? (Diretamente sobre o seu corpo; Como uma sugestão para perder peso; Relacionando seu peso a problemas de saúde; Outros)

3.3. Em algum momento, um profissional de saúde sugeriu que seu problema de saúde fosse resolvido exclusivamente com a perda de peso, sem investigar outras causas? Se sim, como você reagiu?

4. Gordofobia médica:

4.1. Você já foi diagnosticado com algum problema de saúde que os profissionais de saúde atribuíram diretamente ao seu peso, sem investigar outras possíveis causas?

4.2. Você já sentiu que o médico ou outro profissional de saúde negligenciou o seu tratamento devido ao seu peso?

4.3. Você já teve alguma experiência em que o profissional de saúde mostrou falta de empatia ou julgamento em relação ao seu peso? Se sim, descreva a situação.

4.4. Você já enfrentou dificuldades em relação à falta de equipamentos médicos adequados para o seu peso durante consultas ou exames, como por exemplo: dificuldades para usar a balança, maca, cadeira de rodas ou outros equipamentos médicos. Ou ainda, não utilizou espaços como a recepção por notar que as cadeiras não aguentariam seu peso?

5. Ações tomadas:

5.1. Quando você se deparou com atitudes de gordofobia médica, você tomou alguma medida, como reclamar com o profissional, buscou atendimento com outro profissional, denunciou a ouvidoria do hospital?

5.2. Você acredita que os profissionais de saúde estão suficientemente preparados para lidar com pessoas obesas sem julgá-las com base em seu peso?

5.3. As experiências de gordofobia médica impactaram de alguma forma sua disposição para procurar atendimento médico no futuro?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Concordo em participar do estudo que tem como pesquisadora responsável a aluna de graduação Maria Eduarda Garcia Moraes Wu, do Departamento de Serviço Social, sob a orientação da professora Silse Teixeira de Freitas Lemos, da Universidade Federal do Maranhão - UFMA, que pode ser contatada pelo e-mail: megm.wu@discente.ufma.br.

Tenho ciência de que esta entrevista tem em vista colher respostas ao questionário em anexo, visando, por parte da referida aluna, a realização da sua monografia de conclusão de curso, cujo título é "O PESO DO PRECONCEITO: uma análise da gordofobia como um obstáculo ao acesso à saúde para pessoas obesas em São Luís-MA.", cujo objetivo é mostrar como a forma de preconceito intitulada "gordofobia" ultrapassa os limites e torna-se uma barreira para o acesso de pessoas obesas aos serviços de saúde no município.

Minha participação consistirá em responder ao questionário realizado pela discente. Entendo que esse estudo possui finalidade de pesquisa acadêmica, que os dados obtidos serão analisados e divulgados para fins de pesquisa científica e publicados no seu trabalho.

A aluna providenciará uma cópia das minhas respostas no formulário para meu conhecimento, caso eu deseje. Além disso, sei que posso abandonar minha participação na pesquisa quando quiser e que não receberei nenhum pagamento por esta participação.

Dessa forma, tenho consciência que ao concordar com esse Termo, concordo também com as informações supracitadas e aprovo a utilização das minhas respostas na pesquisa.

Assinatura do entrevistado

Assinatura da Discente