

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E
INSTITUCIONAL

FLÁVIA LUCIANA MAGALHÃES NOVAIS

**Políticas de Finamento:
gordofobia em espaços de cuidados em saúde**



PORTO ALEGRE

2023

FLÁVIA LUCIANA MAGALHÃES NOVAIS

Políticas de Finamento: gordofobia em espaços de cuidados em saúde

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora em Psicologia Social e Institucional.

Orientadora: Profa. Dra. Paula Sandrine Machado

Porto Alegre – RS

CIP - Catalogação na Publicação

Novais, Flávia
Políticas de Finamento: Gordofobia em espaços de cuidados em saúde / Flávia Novais. -- 2023.
267 f.
Orientadora: Paula Sandrine Machado.

Coorientadora: Rafaela Vasconcelos Freitas.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Serviço Social, Saúde e Comunicação Humana, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Porto Alegre, BR-RS, 2023.

1. cuidados. 2. saúde. 3. medicalização. 4. gordofobia. 5. autoetnografia. I. Machado, Paula Sandrine, orient. II. Vasconcelos Freitas, Rafaela, coorient. III. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

FLÁVIA LUCIANA MAGALHÃES NOVAIS

Políticas de Finamento: gordofobia em espaços de cuidados em saúde

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora em Psicologia Social e Institucional

Aprovado em 18/09/2023

Comissão Examinadora

Prof. Dr. Luis Artur Costa
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Marcelle Jacinto
Universidade Federal do Ceará

Profa. Dra. Márcia Oliveira Moraes
Universidade Federal Fluminense

Profa. Dra. Debora Krischke Leitão
Université du Québec à Montréal

Profa. Dra. Paula Sandrine Machado (orientadora)
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Rafaela Vasconcelos Freitas (coorientadora)
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Agradecimentos

Nesta tese se costuram tantos contextos, narrativas e afetos, o que torna difícil definir por onde iniciar. Primeiramente, meu agradecimento vai à CAPES, pela concessão da bolsa que me permitiu a dedicação exclusiva à produção desta pesquisa, bem como ao Programa CAPES-PRINT, por possibilitar a estadia em terras canadenses durante os seis meses de Doutorado Sanduíche.

Gostaria de agradecer ao meu companheiro de vida, Diego Tumelero, por ser meu amor, ombro e fortaleza. Agradeço também a meus pais, padrasto e madrasta, por incentivarem, desde sempre, a minha busca por conhecimento e sede de saber. Obrigada à Cláudia, minha irmã, por ser minha primeira e única melhor amiga. Quero deixar registrado também o agradecimento a minha avó materna Edna, por guiar minhas mãos pelos movimentos do bordado e do traçado das palavras.

Agradeço também à minha orientadora, Paula Sandrine Machado, por embarcar comigo nessa produção corporificada e cheia de vida, respeitando a complexidade, fluidez e inspirações artísticas que também fazem parte desse tecer. Da mesma forma, gostaria de agradecer à minha coorientadora Rafaela Vasconcelos, por trilhar comigo o caminho de produção de novos conhecimentos acerca de corpos como os nossos através desta escrita e de outros projetos que encaminhamos juntas. Sou grata a vocês pelo afeto, companheirismo e inspiração constantes. Agradeço, também, à Debora Krischke Leitão, pela acolhida afetuosa e inspiradora enquanto supervisora durante os seis meses de doutorado sanduiche na Université du Québec à Montréal (UQAM).

Sou grata também pelos momentos de trocas intensas com o grupo de pesquisa NUPSEX, bem como colegas e professores do PPG Psicologia Social e Institucional da UFRGS. Além de discussões acadêmicas, que fazem parte da minha produção enquanto pesquisadora, fortaleceram-se também grandes amizades, que levarei para a vida inteira: Carol Bevilaqua, Dafni Melo, Lucas Besen, Fernanda Macedo, Janaina Bujes, Vincent Goulart e Daniela Dell’Aglia, vocês foram essenciais para a produção desta escrita, com dando apoio incondicional e incentivo, mesmo nos momentos mais difíceis.

Obrigada a Luíza, Barbara, Chichi, Bia e Rafa, por construirmos juntas o projeto de extensão CORPOTÊNCIAS, que, além de um espaço de produção acadêmica, é também uma possibilidade de apoio, incentivo e inspiração para produção de outros saberes sobre corporalidades gordas. Da mesma forma, sou grata aos movimentos antigordofobia que pude compor e conhecer nos últimos anos: *Gordas Sin Chaqueta*, *Pratique Inclusive*, Saúde sem Gordofobia, Fórum de Combate a Gordofobia-RS, Pop Plus

e tantos outros. Obrigada também ao artista plástico Paulo Bevilacqua, por me conceder sua belíssima obra “A Preterida – 2017”, para compor a capa deste trabalho.

Faço um agradecimento especial também a Giovana Vesentini e Julio Davies, por terem sido as melhores companhias durante meu período no Canadá. Vocês construíram morada e foram fortes alicerces em terras estrangeiras e em tempos tão inseguros de COVID-19, saudade de casa e inseguranças diversas. Obrigada por terem se tornado família, coração e calor, mesmo no mais tortuoso inverno.

Agradeço também a meus amigos Fernando, Bruno, Mayara, Fabrício, Renata, Camila, Marcella, Thiago, Juki, Dani e Fernanda, por estarem presentes na minha vida há tanto tempo e, mesmo assim, seguirem me dando respiro cômico, ombro e acolhida, independentemente dos obstáculos que surgem em nossos caminhos. Vocês fazem parte de tudo que sou, das coisas que acredito e luto. Seguimos juntos na construção de um mundo mais colorido, aberto às muitas possibilidades de vida, alimentando nossos sonhos com música, dança e toda sorte de riqueza que estar vivo e ter com quem compartilhar pode proporcionar. Obrigada Janaína e Jean, pela cumplicidade de sempre e por fazerem do Rio Grande do Sul a minha casa, proporcionando momentos de respiro em meio a esse processo de pesquisa e escrita. Faço um agradecimento especial também para Maiara Knih, pelo aninhamento de palavras que me faz, a cada encontro, reconectar com a poesia e potência das escritas feitas por mulheres, como nós, do sul global.

Por fim, e não menos importante, agradeço a todo mundo que participou diretamente na construção desta pesquisa através das entrevistas realizadas. Foram conversas profundas, onde pude contar com a confiança em relatar, com tanta riqueza de detalhes, situações vividas de sofrimento por habitarem um corpo, que, como o meu, é considerado por muitos como grande demais. São dores compartilhadas também por mim, enquanto mulher gorda que já viveu situações de negligência e constrangimentos em espaços de saúde. Foram relatos dolorosos, mas carregados de desejo de abrir espaço para um mundo que possamos caber com toda a nossa diversidade, beleza e profundidade. Obrigada!

Políticas de Finamento: gordofobia em espaços de cuidados em saúde

Resumo

O peso corporal é utilizado como uma das muitas formas de moralização e hierarquização de sujeitos em relação a si mesmos e com os demais. Em nossa sociedade, o corpo gordo é entendido como uma ameaça, como uma corporalidade que necessita de correção e controle por representar um risco constante de morte. Esta tese propõe, a partir de uma narração em primeira pessoa e utilizando a autoetnografia (MISTRO, 2021; PERIN, 2020; ABU-LUGHOD, 2018; GAMA, 2020) enquanto metodologia teórico-narrativa, intimamente inspirada na defesa de uma pesquisa localizada (HARAWAY, 1995) e na praxiografia (MOL, 1999, 2002, 2008, 2010), como numa colcha de retalhos, costurar diversas experiências, práticas, sensações e discursos sobre produção de cuidados em saúde. Além disso, enfrenta-se o problema de práticas de cuidados que promovem a perda de peso como única alternativa de garantia de uma vida compreendida como saudável. Partindo de processos como a medicalização e biomedicalização da vida (ILLICH, 1975; ORTEGA, 2009; CLARKE ET AL., 2003; CONRAD; 1992;1975) e biopoder (FOUCAULT, 1995), que resultam também na produção de discursos patologizantes acerca da gordura nos corpos, bem como na criação de diversas políticas de controle de peso de populações, cria-se, neste trabalho, o conceito de “Políticas de Finamento” para incorporar práticas, procedimentos e políticas públicas com fins de emagrecimento, que muitas vezes têm servido para produzir adoecimento, e, em alguns casos, efetivamente causar a morte de pessoas gordas. Como sugestão para a superação de tais práticas de controle e violações, e propor novas formas de cuidados em saúde a partir de uma proposta do cuidado enquanto múltiplo (MOL, 2008), este escrito tece também o conceito de Cuidados Contextuais, como um composto (HARAWAY, 2012) de ações, rotinas, saberes que são colocados em jogo nos processos cotidianos do viver e produzir saúde e bem-estar para corpos diversos, independente da sua forma e tamanho.

Palavras-chave: cuidados, saúde, medicalização, gordofobia, autoetnografia.

Thinness policies: fatphobia in health care spaces

Abstract

Body weight is used as one of the many forms of moralization and hierarchization of individuals in relation to themselves and others. In our society, the fat body is understood as a threat, as a corporeality that needs correction and control as it represents a constant risk of death. This thesis proposes, based on a first-person narration and using autoethnography (MISTRO, 2021; PERIN, 2020; ABU-LUGHOD, 2018; GAMA, 2020) as a theoretical-narrative methodology, closely inspired by the defense of localized research (HARAWAY, 1995) and in praxiography (MOL, 1999, 2002, 2008, 2010), as in a patchwork quilt, stitch together different experiences, practices, sensations and discourses about the production of health care. In addition, we face the problem of care practices that promote weight loss as the only alternative to guarantee a life understood as healthy. Starting from processes such as the medicalization and biomedicalization of life (ILLICH, 1975; ORTEGA, 2009; CLARKE ET AL., 2003; CONRAD; 1992;1975) and biopower (FOUCAULT, 1995), which also result in the production of pathologizing discourses about fat bodies, as well as in the creation of weight control policies for populations, this work creates the concept of “Thinning Policies” to incorporate practices, procedures and public policies with weight loss purposes, which often have served to produce illness, and, in some cases, actually cause the death of fat people. As a suggestion for overcoming such control practices and violations, and proposing new forms of health care based on a idea of care as multiple (MOL, 2008), this writing also weaves the concept of Contextual Care, as a compound (HARAWAY, 2012) of actions, routines, knowledge that are put into play in the daily processes of living and producing health and well-being for different bodies, regardless of their shape and size.

Keywords: care, health, medicalization, fatphobia, autoethnography.

Lista de Figuras

Figura 1	Capa Revista Capricho, junho 2002.	18
Figura 2	Colagem que agrupa cartas e imagens, 2020.	22
Figura 3	Flávia Novais – Colagem Digital, 2022.	23
Figura 4	' <i>Headless Fatty</i> ' - Charlott Cooper, 2007.	24
Figura 5	Iiu Susiraja -Rider, 2020.	32
Figura 6	La monstrua desnuda, Juan Carreño de Miranda, 1680.	34
Figura 7	Anúncios de Dietas de 1878 e 1910, Strings, 2019.	38
Figura 8	Duas fotos de Saartjee, a “Vênus Hottentot”, Strings, 2019.	39
Figura 9	Autoridades francesas e sul-africanas com molde do corpo de Sara. Fonte: BBC	41
Figura 10	Charge antiga de Sara. Fonte: BBC	41
Figura 11	Foto de Twiggy em 1966. Fonte: The Telegraph.	64
Figura 12	Nota de Falecimento de Cass Eliot, The NY Times, 1974.	64
Figura 13	Fat Underground, The Lance, 2021	67
Figura 14	Logo do Evento: <i>Fat Studies – Past, Present, Futures</i> (2020)	75
Figura 15	Logo do Evento: <i>Fat Studies: Rights, Personhood, Disposability</i> , 2022.	76
Figura 16	Cat Pausé, RNZ, 2022.	76
Figura 17	Gordx. Fonte: Mídias Sociais Laura Contrera.	78
Figura 18	Perfil do Instagram de Luana Carvalho	80
Figura 19	Instagram Atleta de Peso	80
Figura 20	Ilustração de Mila	82
Figura 21	Flávia Novais - Reflexos, 2020	87
Figura 22	Flávia Novais – Processos, 2018.	89
Figura 23	Gordas Sin Chaqueta – Arquivo Pessoal	91
Figura 24	I Encuentro de Activismos Gordes del Abya Aala y la Diáspora Africana, 2019.	92
Figura 25	Bordado Autoral, 2020.	101
Figura 26	Níveis de IMC, Fonte: GI.	103
Figura 27	Bordado Autoral inacabado, 2020.	103
Figura 28	Série Bastidores, Rosana Paulino, 1997.	111
Figura 29	Flavia Novais, Blue, 2021.	113
Figura 30	Aplicativo ArriveCan, arquivo pessoal, 2021.	116
Figura 31	Old Port/ Vieux Port – Montreal, arquivo pessoal, 2021.	117
Figura 32	Marcela Tiboni - Estudo para desenho de corpo feminino, 2006.	123
Figura 33	Gráfico do Fluxograma de Atenção. FONTE: CGAM/DAB/SAS/MS	136
Figura 34	Ilustração do Y de Roux. Fonte: A.D.A.M	143

Figura 35	Ilustração do Sleeve. Fonte: SBCBM	143
Figura 36	Ilustração do Duodenal Switch. Fonte: A.D.A.M	144
Figura 37	Ilustração da Banda Gástrica Ajustável.	144
Figura 38	Dental Slim, BRUNTON, et. Al. (2021)	150
Figura 39	Ilustração Ozempic, Pablo Declan. The Economist, 2023.	153
Figura 40	Diário de Campo, arquivo pessoal, 2020.	169
Figura 41	Flávia Novais - inverno colorido, arquivo pessoal, 2021.	171
Figura 42	Postagem de Flávia Durante, rede X, 2018.	178
Figura 43	Obra de Milena Paulina, redes sociais.	197
Figura 44	Rob Kearney, Fonte: Giants Live.	212
Figura 45	Site Pratique Inclusive	219
Figura 46	The Patient Journey, WHARTON, Sean et al, 2020.	223
Figura 47	Lançamento do <i>Cuadernillo de Sensibilizacion sobre Temáticas de Diversidad Corporal Gorda</i> , 2021.	226
Figura 48	Instagram do Projeto Saúde Sem Gordofobia	227
Figura 49	Ateliê Jardim de Histórias, 2020.	250
Figura 50	Bordado em Fotografia - Milena Paulina, redes sociais.	250
Figura 51	Vênus, Flávia Novais, 2021.	250
Figura 52	Flutua, de Flávia Novais, 2020.	256

Sumário

INTRODUÇÃO.....	15
“Longe de ser magrinha”: subjetividade gorda e memórias do corpo que escreve.....	17
I. AQUILO QUE CHAMAM DE “OBESIDADE”	31
1.1 De corpos frios, aquosos a gordurosos e flácidos: um pouco de história.....	33
1.2 Corporalidades gordas e racismo, o que têm em comum?.....	37
1.3 O surgimento da chamada obesidade.....	42
1.4 Processos de medicalização da gordura corporal: produção de diagnósticos e marcadores.....	45
1.5 O que define que um corpo é ou não um corpo saudável?.....	50
1.6 <i>Fat Studies</i> e Resistências: por uma escrita em que caiba uma mulher grande.....	58
1.7 Sobre temporalidades e gordura corporal: a construção do objeto.....	83
2. DO PROBLEMA DO ESPELHO AO ESPELHO COMO PROBLEMA: A CONSTRUÇÃO DAS TRAMAS DE UMA PESQUISA SOBRE GORDOFOBIA.....	86
2.1 Autoetnografia e o texto tecido por muitos pontos e costuras.....	88
2.2 Processos artesanais de escrita e sobrevivência.....	100
2.3 Uma perspectiva de tessitura feminista: representatividade que surge na forma de costuras e bordados.....	108
2.4 Uma pesquisa em tempos de covid: <i>hi, bonjour Montreal!</i>	115
3. POLÍTICAS DE FINAMENTO.....	122
3.1 O Índice de Massa Corporal (IMC) e o diagnóstico da chamada obesidade.....	127
3.2 Políticas de Finamento: Políticas Públicas e Campanhas de Combate à “Obesidade”	130
3.2.1 IMC no cenário brasileiro.....	136
3.3 Cortes e costuras encarnadas.....	141
3.3.1 Até onde vão esses cortes?.....	141

3.3.2 Quando o corte é químico: a indústria farmacêutica como parte atuante das Políticas de Finamento.....	151
3.3.3 Outras abordagens regulatórias acerca do peso corporal.....	155
3.4 Corpo gordo em risco: pandemia e o perigo da comorbidade.....	159
3.5 “Tu sempre foste obesa assim?” Gordofobia médica e violências em espaços de cuidado em saúde.....	173
3.6 Políticas de Finamento: políticas artesanais de produção de magreza.....	188
4. ARTESANANDO CORPOS, PRODUZINDO VIDA.....	196
4.1 Pressupostos teóricos sobre realidades e corporalidades múltiplas.....	200
4.2 Corpos gordos múltiplos: colocando em jogo a complexidade da gordura corporal.....	208
4.3 Práticas diversas de garantias de cuidados em saúde.....	217
4.3.1 Canadá: <i>Pratique Inclusive</i> e <i>Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines (CPGs)</i>	217
4.3.2 Argentina: <i>Cuadernillos de Sensibilizacion sobre Temáticas de Diversidad Corporal Gorda</i>	224
4.3.3 Brasil: Saúde sem Gordofobia.....	227
4.4 Considerações sobre cuidado e despatologização de corporalidades dissidentes.....	229
4.5 Cuidados Contextuais: tecendo vida através de tramas diversas.....	238
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	249
REFERÊNCIAS.....	257

In memoriam de Carlos Baum e Nice Rejane,
que partiram para brilhar em outros universos.

‘Eu sou uma mulher grande, não sei se você entende isso. Minha condição de ser enorme é algo que assusta a mim, em primeiro lugar.

[Todos os dias eu sou lembrada pelo mundo do espaço que ocupo, no esforço que meu corpo faz para se mover entre cadeiras, para atravessar pessoas que se interpõem entre mim e o meu destino, todos os dias esse corpo meu anseia mais do que eu consigo obter, resfolega em subidas, descansa em descidas, suspira, soluça, ronca enquanto dorme.

Sinfonia de onomatopeias e pausas orquestradas entre frases de efeito somente para dizer: eu sou uma mulher grande, eu ocupo muito espaço no mundo, e todos os dias o mundo me lembra disso.

E quando digo “grande” pode ser que eu me refira aos meus 48 de busto e 120 de quadril, ou sobre os meus 1,62 de altura não aturarem muito bem o amontoado de palavras que carrego comigo.

Eu sou uma mulher exaustivamente grande, pesada e incômoda

[sobretudo para mim mesma.

Veja, uma mulher assim precisa de espaço para existir, precisa abrir caminho desde a hora que acorda, precisa se impor no transporte público, precisa levantar a mão para ser ouvida, precisa dizer coisas como:

“você não entendeu o que eu disse”, “você está supondo errado a meu respeito”, “não é assim que eu penso”, “não foi isso que eu falei”, “não estou disponível”, “não caíbo nessa ideia que você faz de mim”, entre outras sentenças.

Uma mulher do meu tamanho precisa reivindicar espaço suficiente até para respirar

[aonde quer que ela vá.

Eu acho que você entende o que eu quero dizer com isso, afinal

*Grande
(Carolina Mello)*

INTRODUÇÃO

Mariana guarda o celular na bolsa sem responder à mensagem de Júlia. Não sabe exatamente o que dizer a ela naquele momento. Como falar que não irá conhecer as suas amigas? “Ela me mataria”, pensa. Não que não queira comemorar o aniversário de sua namorada junto com pessoas tão importantes para ela. Afinal, é lá que finalmente irá conhecer a Antônia, amiga de infância de Júlia que acabou de voltar de um mochilão na Europa. Nessa ocasião também estará a Patrícia, prima de Júlia, que recentemente fechou um contrato com uma grande agência de publicidade canadense e fará as fotos da campanha na próxima semana.

Júlia e Mariana se conheceram na faculdade de Jornalismo. As duas foram se aproximando no decorrer do semestre, entre uma aula e outra, uns cigarros compartilhados e muitas conversas sentadas no gramado do campus em dias de sol. O namoro não demorou a acontecer, já que a afinidade entre as duas só crescia com o passar dos dias. Júlia é de uma família de classe média alta, seus pais são uns dos jornalistas mais renomados do país. Fala cinco idiomas, estagiou em alguns dos jornais mais influentes do mercado e já possui uma coluna no informativo voltado a comunidade LGBTQIA+ de uma importante revista. Era praticamente impossível não se apaixonar por ela, Mariana soube desde o dia em que a conheceu.

A rotina de Mariana é mais pacata, podemos dizer. Desde que terminou o ensino médio, teve que contribuir com seu trabalho nas despesas. Por vezes, ajuda a mãe no pequeno comércio que a família tem. O bairro em que Mariana mora é muito diferente do que Júlia está habituada. É uma comunidade mais afastada do centro da cidade, com casas mais simples. Mariana mora com os pais e dois irmãos mais velhos, mais as cunhadas e sobrinhos. Para conseguir estudar, passa o dia inteiro na faculdade, pois as crianças exigem atenção e são um tanto barulhentas. Por sorte, consegue ter um pouco de paz à noite, quando elas estão dormindo e Mariana consegue fechar a porta do seu quarto, assistir seriados, ler algum livro ou ficar conversando até tarde com Júlia.

A proximidade com o aniversário da namorada a fez ficar bastante ansiosa. Comprou um box do seriado preferido dela, fez uma carta cheia de breguices e obviedades que se dizem quando se está apaixonada. Decidiu, inclusive, que seria uma ótima oportunidade de, pela primeira vez na vida, usar algo diferente: não pensou duas vezes e pegou as economias de muitos meses para comprar uma lingerie naquela loja especializada que viu no Instagram.

A empolgação inicial caiu por terra quando Júlia disse a ela que iriam começar a noite num bar novo perto do shopping, com suas amigas de infância que estão ansiosas para conhecê-la. Mariana imediatamente procurou no Google o site do local para verificar o espaço. Era um pub com estilo americano retrô, cada mesa

com um sofá e coberta por uma luminária, à meia luz, que dava um ar mais aconchegante... Mariana analisou detalhadamente cada foto e constatou que todas as mesas eram iguais: sofás embutidos com uma mesinha fixa no chão entre os dois. Cogitou ligar para o bar e perguntar as medidas das mesas, mas ficou constrangida só de se imaginar nessa situação. Como ela vai explicar à sua namorada que não poderá ir ao encontro com as suas melhores amigas porque não caberia em nenhuma daquelas mesas?

“Longe de ser magrinha”: subjetividade gorda e memórias do corpo que escreve

Um trabalho de experimentação sobre si demanda uma atenção constante

Suely Rolnik

Aprendi a ter atenção ao meu corpo desde muito nova. Antes mesmo da primeira menstruação, eu já sabia que precisava perder peso para não sentir vergonha de usar roupa de banho e para ser plenamente feliz nos passeios à praia. Na adolescência, toda a expectativa sobre o mundo que desabrochava esteve condicionada a um futuro que tinha como único objetivo a perda de peso – *quando eu emagrecer*, vou ser notada; *quando eu emagrecer*, as coisas serão mais fáceis; *quando eu emagrecer*, não vou mais me sentir desse jeito.

Muito cedo se aprende que uma mulher não pode ser gorda. Somos convencidas muito precocemente de que a preocupação com a manutenção da saúde está atrelada a certas medidas corporais, que, se excedidas, além de não serem aceitáveis – especialmente se você for uma mulher –, representam um perigo iminente de morte. Meninas aprendem desde muito novas que, por serem quem são, precisam se tornar responsáveis pela constante vigilância e cuidado sobre seus corpos, o tempo todo observados, medidos e (in)desejados.

Habitar um corpo gordo é uma tarefa árdua. Ser uma menina ou uma mulher em uma sociedade machista é, também, estar desde muito cedo ciente do seu corpo e de cuidados a ele dirigidos. Um corpo que, mesmo antes de alcançar a maturidade, já foi apresentado aos padrões estéticos de uma sociedade e precocemente se deu conta de seu “não lugar” por conta da sua cor e suas medidas. Naomi Wolf (2018), em seu clássico *“O Mito da Beleza: como as imagens de beleza são usadas contra as mulheres”*, demonstra o quanto

a ditadura da beleza aprisiona mulheres como uma forma de controle sobre seus corpos. A menina que um dia fui, como tantas outras, sabe exatamente como tal opressão opera.

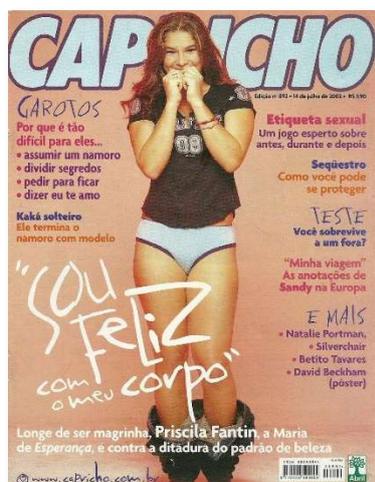


Figura 1 Capa Revista Capricho, junho 2002. Uma modelo branca e magra, de frente e com as mãos no rosto, está com as calças na altura dos joelhos e com as pernas à mostra. À sua frente está escrita uma frase que diz “sou feliz com meu corpo”.

Com a disseminação de discussões sobre pressão estética e diversidade corporal, impulsionadas por movimentos feministas como o *bodypositive*¹, tem sido recorrente que capas de revistas destinadas a adolescentes no final da década de 1990 e começo dos anos 2000 ganhem notoriedade nas redes sociais atualmente. Deparei-me com uma publicação do Instagram que trazia uma capa da revista Capricho², de julho de 2002, com a atriz Priscila Fantin. Nela, a atriz aparece em pé, vestindo uma camiseta e com as calças abaixadas mostrando suas pernas. Em cima da sua foto, aspas que dizem “sou feliz com o meu corpo”.

O *lead*, depois das aspas, se inicia com o estarrecedor “longe de ser magrinha”, referindo-se ao corpo da atriz que está, isso sim, bem longe de poder ser considerada como fora do padrão. Uma mulher branca, com pernas torneadas e nenhuma gordura aparente. Lembro de ter visto essa exata revista nos idos de 2002 – na época com recém completados 18 anos – e pensado no quanto eu estava distante da possibilidade de afirmar que estava feliz com o corpo que tinha.

Na época, eu acreditava piamente que sentir fome era o preço que precisava ser pago para conseguir alcançar as medidas que cabiam no que poderia ser chamado de um corpo “feliz”, ainda “longe de ser magrinho”, mas menor do que aquele que eu achava que tinha. Hoje, vejo perplexas minhas fotos da época. Em primeiro lugar, porque eu era muito menos gorda do que acreditava ser. Em segundo, porque demorei anos para

¹ De acordo com Rachel Cohen, Lauren Irwin et. al (2019), o também conhecido como “body positive movement” ou “body positivity” (ou corpo positivo, em tradução literal) é derivado de reivindicações feministas de aceitação da gordura da década de 1960 que surgiu no Canadá e Estados Unidos. O body positive tem como objetivo romper com o ideal de magreza imposto nas mídias e promover a valorização de corpos diversos. Ganhou espaço nos últimos anos especialmente na rede social Instagram a partir da disseminação de fotos femininas de “corpos reais”, utilizando “hashtags” como #bodypositive e que atingiram cerca de 7.069.114 postagens e #bodypositivity com 2.195.968 postagens (Instagram, September 2018), de acordo com pesquisa das autoras.

² Revista direcionada ao público juvenil, com circulação impressa quinzenal desde o ano de 1952, pela Editora Abril. Desde o ano de 2015, a Capricho é publicada apenas no meio digital.

perceber que a atenção que estava direcionando a mim mesma com esses projetos de um futuro-feliz-impossível estavam completamente deturpados.

Meu corpo foge às regras da “normalidade” no IMC³ e, durante muito tempo, estive dedicada à tentativa de me adequar aos pesos e medidas considerados saudáveis em uma sociedade como a nossa. Uma vida repleta de preocupações acerca do tamanho de assentos de avião, do alívio silencioso por conseguir fechar o cinto de segurança, do olhar atravessado de quem se senta ao lado no transporte público, comentários sobre a quantidade de comida no prato e a lista de constrangimentos e pequenas/grandes violências cotidianas.

Ser uma mulher gorda é estar constantemente à mercê de interpelações disfarçadas de ‘dicas’ de como ter uma vida mais saudável e de sugestões de atividades físicas, mesmo desconhecendo seus hábitos alimentares. O fato de estar “acima do peso” representa uma vida em risco, de alguém que precisa ser avisado sobre o perigo iminente de carregar tanto peso publicamente. Um corpo gordo é, antes de qualquer coisa, uma ameaça. De acordo com Deborah Lupton (2015), a gordura corporal em excesso é compreendida a partir do que ela chama de *pedagogy of disgust* (“pedagogia da repulsa”, em tradução livre), com a disseminação, no imaginário social, por meio de imagens, discursos e senso comum, de que ter um corpo que foge ao padrão da magreza é motivo de vergonha.

No momento que, para a presente pesquisa, comecei a refletir sobre a temática dos cuidados em saúde de uma maneira mais ampla, entendi que meu corpo é/foi muito mais do que o nível mostrado em balanças e IMCs. Sempre fui uma criança muito ativa: adepta a danças e brincadeiras de correr na rua. Sempre falante, pronta para cantar ou contar causos a qualquer um. Sempre estive com os ouvidos atentos às histórias que minha avó contava de tempos passados, acerca do seu avô escravo liberto e dos boizinhos de papel colorido que ela havia aprendido a fazer com ele. As mesmas mãos que me ensinaram a desenhar palavras – as de minha avó – foram as que me apresentaram a possibilidade de criar beleza através dos trabalhos manuais, como o bordado, o crochê e a colagem.

Mesmo nos momentos mais sombrios, o mundo se transformava através das cores dos fios, da contagem dos pontos e da beleza dos retalhos de tecido e papéis. Esta

³ Índice de Massa Corporal (IMC), instrumento amplamente utilizado para diagnóstico da chamada obesidade. De acordo com a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica, os níveis são aferidos a partir de um cálculo entre peso dividido pela altura ao quadrado.

tese é também uma tecitura. Inspiro-me em Ida Mara Freire (2014) ao tecer esse texto-existência, para conversar com você, leitora, sobre meu corpo e outros tantos como o meu (e, quem sabe, o seu), bem como sobre a possibilidade de tecer o que proponho enquanto Cuidados Contextuais para corpos gordos, uma espécie de contraposição ao que estou chamando de Políticas de Finamento, ambos conceitos que serão aprofundados nos capítulos seguintes. Por agora, compartilho um pouco das palavras de Ida Freire:

Torno-me também tecelã, teço esse texto-existência. Na busca por entendimento desta minha breve existência, danço, escrevo, teço palavras com fios desfiados da flor do útero das minhas ancestrais. Linhas multicoloridas gestam minúsculas letras esculpidas no meu ser. Vasculho minhas lembranças e na memória corporal, decifro a dor, encontro a raiz da violência, observo o medo, destilo alegria, enfeito a doçura, mergulho na paz e conheço a liberdade. (FREIRE, 2014, p. 568)

A tecitura deste trabalho leva também em consideração uma multiplicidade de pontos de bordado, coloridos de aquarela, rascunhos e traços de Nankin, que trazem em si tentativas de dar contornos a corpos e subjetividades gordas. Ou, inspirada no que diz Sueli Rolnik (1997), *“A pele é um tecido vivo e móvel, feito das forças/fluxos que compõem os meios variáveis que habitam a subjetividade: meio profissional, familiar, sexual, econômico, político, cultural, informático, turístico, etc.”*. Esses traços, ora bem delineados, por vezes compostos de contornos disformes, trazem em si toda a complexidade encarnada de se viver em um mundo onde corpos gordos são constantemente vulnerabilizados e invisibilizados. Convido a ti, leitora, a embarcar comigo nessas reflexões e a se deixar levar por essa trama sem moldes e regras predefinidas, com muitas camadas, texturas e cores como o bastidor de um bordado ou uma pintura de aquarela.

Nesse momento introdutório, é importante dizer que os textos aqui são apresentados também em diversos formatos, a partir de sua origem narrativa e com o intuito de ser acessível a públicos diversos. Dessa forma, com base no Manual de Acessibilidade em Documentos Digitais (2017), assumo o compromisso de diminuir possíveis barreiras de leitura dessas linhas ao evitar a utilização de textos em cores diferentes e realizando a descrição de imagens que acompanham a reflexão, seja a partir de suas legendas ou através de textos alternativos. No que diz respeito ao texto escrito em si, os trechos em itálico (desde os que aparecem no início de cada capítulo quanto falas resultantes de entrevistas durante a pesquisa) configuram-se em citações ou fala de terceiros; já os escritos em negrito são de minha autoria - ficcionais ou não.

Como numa colcha de retalhos, fui costurando, a partir de diversas experiências, sensações e, sem dúvidas, discursos sobre o que deveria ser um corpo “saudável” ao longo da vida. Toda a minha trajetória foi permeada pela atenção ao meu peso, à dieta prescrita, ao que eu não poderia comer, porque habitava um corpo gordo. Em praticamente todos os espaços em que abertamente conversei em algum momento sobre gordofobia, surgiu a mesma percepção de essa subjetividade “gorda” como parte da trajetória de vida de muitas pessoas. A percepção de que seu próprio corpo precisava ser controlado para caber em um modelo preestabelecido como correto. Preocupações, responsabilizações, traumas, constrangimentos e muitas outras sensações diretamente relacionadas a ser uma pessoa gorda foram compartilhados comigo - e por mim.

Nesse sentido, importante dizer que a escrita deste trabalho se faz a partir de uma narrativa em primeira pessoa, intimamente inspirada na defesa de uma pesquisa localizada (HARAWAY, 1995), não apenas por ser feita a partir de caminhos percorridos e alcançados por mim, não negando obstáculos e afetos proporcionados nesses encontros, mas sobretudo por minha vivência enquanto uma pesquisadora mulher cisgênero gorda e negra. Dessa maneira, a utilização da autoetnografia (que será discutida mais profundamente no terceiro capítulo), mostrou-se um importante recurso metodológico-analítico, não para afirmação da minha experiência individual enquanto uma pessoa gorda que se encontra, constantemente, inscrita nessa busca por serviços e cuidados em saúde, mas por ser uma experiência compartilhada com outras pessoas gordas. A autoetnografia, como afirmado por Gama (2020), configura-se tanto como uma proposta narrativa quanto metodológica, na qual as experiências vividas são relatadas de uma forma reflexiva para que, a partir delas, possam se fazer análises sobre questões mais gerais e marcantes de uma cultura ou sociedade.

Nesse contexto, iniciei o doutorado no primeiro semestre de 2018 e, já nos primeiros meses, recebi o convite de professores do Instituto Federal de uma cidade próxima a Porto Alegre para palestrar sobre “Gordofobia e Feminismos” com alunos e servidores em uma atividade de Projeto de Ensino. Além de ter sido a primeira vez que falei para um público relativamente grande sobre o tema, tal experiência me mostrou a necessidade de espaços de discussão sobre a temática, bem como percebi a profundidade que podem ter essas feridas na trajetória de vida de muitas pessoas.

Alunas e alunos do ensino médio e professores relataram situações de violência e humilhações relacionados com a constante vigilância acerca de seus pesos e medidas. Foram algumas horas de depoimentos emocionados pela possibilidade de conversar

sobre como a pressão estética e a gordofobia atravessavam seus corpos. As trocas desse momento ainda reverberam em mim, por ter conseguido afetar e ser afetada pela temática de maneira tão potente naquela ocasião. Alguns meses após o encontro, fui surpreendida com um presente: uma pasta com cartas de algumas alunas presentes na atividade, com suas impressões e agradecimentos. Uma das professoras participantes da atividade realizou uma roda de conversa com alunas e alunos alguns dias depois e propôs que me escrevessem cartas, por meio das quais pudessem falar diretamente a mim a respeito dos impactados surgidos a partir das discussões propostas durante a palestra.



Figura 2 – Imagem artística que agrupa cartas escritas à mão feitas pelos alunos, decoradas com imagens de flores secas e folhas bordadas.

Apesar de, na época, ainda não ter muita clareza de qual seria exatamente meu problema de pesquisa, compreendi tão logo que tais discussões são capazes de fazer com que dores profundas há muito tempo adormecidas fossem trazidas à tona. Percebi que tanto a pesquisa quanto a escrita final deveriam também dar conta das minhas próprias feridas e resiliência sobre produzir vida e cuidados para meu próprio corpo. Sou uma

mulher cisgênero, negra, feminista, nordestina e gorda. Ao dizer isso, faço um exercício de localização política muito mais do que uma simples afirmação.

Para seguirmos adiante, é importante deixar explícita a diferença entre gordofobia e pressão estética. Muitas vezes, tais conceitos podem se confundir, pois são opressões que explicam diretamente como corpos são julgados e estigmatizados a partir de sua forma. No artigo de Millena Cruz e Letícia Isaia (2022), no qual analisam violências a partir de memes compartilhados nas redes sociais durante a pandemia de COVID-19, as autoras denunciam como estamos imersos em um sistema social no qual o corpo é o centro das atenções e a ferramenta utilizada para a hierarquização de indivíduos é a partir de sua imagem pessoal. A dita pressão estética é justamente esse fenômeno que, a partir de mídias, publicidade, produtos culturais, dentre outros artifícios, estabelece a forma que todos os corpos deveriam ter – ou se aproximar, na medida do possível. O conceito de beleza, saúde, sucesso está diretamente relacionado com corpos magros, e mais “*A atribuição de sentido corporal foi estruturada dentro de um conceito de beleza que tem o significado alterado de acordo com a cultura, o tempo e a sociedade onde está inserida*” (CURZ, IZAIA, pg. 3, 2022).

Figura 3 Flávia Novais – Colagem Digital que agrupa capas de revistas e postagem em rede social com modelos magras e brancas, com mensagens sugerindo o emagrecimento (2022).



Já a gordofobia é uma opressão mais profunda, porque fala diretamente da perda de direitos de acessos a espaços, serviços e da própria cidadania. De acordo com Jarid Arraes (2014), é um tipo de discriminação disseminada em diversos contextos socioculturais que levam à desvalorização, estigmatização e hostilização de corpos gordos. São corpos que passam por constrangimentos cotidianos, bem como têm dificuldade de acesso a transporte público, falta de poltronas em teatros, cinemas,

ônibus e avião, estigmatizações que culminam na dificuldade em se encaixar no mercado de trabalho, macas e equipamentos para exames médicos de rotina, dentre outras violações dos mais variados tipos.

Conforme trazido por Deb Burgard et al. (2009), pessoas gordas – como eu mesma – não sofrem apenas estigmatização, especialmente em sociedades ocidentais. Mais profundo do que isso, somos responsabilizadas/os/es pela opressão que sofremos. Em todas as instituições da nossa cultura, como escolas, espaços de cuidado em saúde, família, entre outras, a propaganda de procedimentos, dietas e toda sorte de produtos emagrecedores são divulgados o tempo inteiro, ao mesmo tempo que é disseminada a ideia de que a gordura corporal é ruim e que só não emagrecemos porque não nos dedicamos o suficiente para isso.

Ou seja, nossos corpos gordos estão sempre sob suspeita. É um biotipo cujo futuro é entendido como condenado e precisa ser corrigido e modificado para que assim possa finalmente ser vivido de maneira plena. Uma das interlocutoras da presente pesquisa disse, assertivamente, que o que se espera de nós é que *“Você tem que deixar de ser você. Você tem que emagrecer pra dar tudo certo”*. A gordofobia faz parecer impensável que pessoas possam ter uma vida plena, sendo gordas. Isso faz com que nós só possamos *“almejar ser feliz quando alcançar um corpo padrão”*. Conforme destacado por Naomi Vasconcelos et al. (2004), a valorização da magreza coloca a gordura enquanto resultado da falência moral, e o gordo, mais do que apresentar um peso socialmente inadequado, passa a carregar um caráter pejorativo e, além disso, um “corpo desumanizado” (SANT’ANNA, 1995).



Figura 4 ‘Headless Fatty’ em artigo de Charlott Cooper, 2007. Na imagem, pessoas gordas aparecem retratadas sem rosto, com destaque apenas para suas barrigas.

Esse “corpo desumanizado” pode aparecer de diversas formas. É comum ver, em jornais ou revistas, imagens de pessoas gordas caminhando na rua, com enfoque apenas nos seus corpos, com as cabeças cortadas da fotografia. Normalmente, essas imagens são veiculadas quando relacionadas a alguma campanha de perda de peso, com o viés de “Combate à Obesidade”, e esse assunto será abordado mais adiante. Essas imagens de pessoas “sem cabeça”, com destaque apenas para a imagem do corpo, fazem parte de um fenômeno intitulado ‘*Headless Fatty*’ pela ativista e pesquisadora Charlotte Cooper, a qual demonstra que, após uma simples busca na internet usando as palavras *obese, obesity, obesity epidemic, obese man, obese woman, obese child, overweight, fat* (COOPER, 2007), essas imagens apresentavam pessoas diversas, mas com uma coisa em comum: não eram identificadas pelos seus rostos.

Nota-se, assim, a desumanização dessas pessoas, as quais, acima de qualquer coisa, sequer foram avisadas de que sua imagem seria capturada. Destaca-se o terror de que um dia qualquer você possa se deparar com uma foto sua como parte de uma matéria de jornal sobre os “perigos da obesidade”, sem ao menos ter sido comunicada sobre isso. Vale a pena destacar as palavras da autora:

Headless Fatty são uma versão de pessoas gordas, um desfile interminável de nós, tirados de nós e depois vendidos de volta para nós, com ódio e ignorância. Eles cheiram a uma cultura de vigilância com a qual as pessoas gordas – cujos corpos são policiados por olhares e olhares de desaprovação – são muito familiares. É realmente verdade que você pode estar em qualquer lugar, andando na rua, voltando das lojas, esperando o ônibus, na academia, na cantina, linda ou horrível, e uma imagem de sua repugnância pode ser produzido e reproduzido fora de seu controle, talvez sem que você saiba. E você pode ser qualquer um: um homem, uma mulher, uma criança – uma criança! – ricos, pobres e todos os lugares intermediários. Há fotógrafos esperando por pessoas como eu, à espreita, procurando a foto: uma mulher gorda de classe baixa, vestida com roupas baratas, comendo um fast food na rua (COOPER, 2007. Tradução livre⁴).

Para ilustrar como a gordofobia é determinante na forma como construímos nossas subjetividades enquanto pessoas gordas, é interessante também pensar no que Virge Tovar (2018) aponta acerca de um chamado “femicídio assistido”, ao tratar da cultura de dietas a que especialmente mulheres cisgênero, desde muito novas, são

⁴ Citação original: *Headless Fatties* are a version of fat people, a never-ending parade of us, taken from us and then sold back to us, hatefully and with ignorance. They reek of a surveillance culture with which fat people – whose bodies are policed by glares, and disapproving looks – are all too familiar. It really is true that you could be anywhere, walking down the street, on your way back from the shops, waiting for a bus, down at the gym, at the canteen, looking gorgeous or looking crappy, and an image of your disgustingness could be produced and reproduced outside of your control, perhaps without you ever knowing it. And you could be anyone: a man, a woman, a kid – a kid! – rich, poor and all places inbetween. There are photographers waiting for people like me, lurking, looking for the money shot: a cheaply-dressed, underclass fat woman tucking into some fast food on the street.

induzidas, bem como dos inúmeros procedimentos estéticos a que muitas se submetem em busca de um corpo considerado “belo”, sendo que muitas vezes tais procedimentos culminam em problemas de saúde irreversíveis e, até mesmo, na morte. Denise Sant’Anna, em sua obra *Gordos, Magros e Obesos* (2016), demonstra, a partir de um apanhado em jornais, livros literários, revistas populares e científicas, como a preocupação com as formas corporais esteve presente desde meados do século XX e como, com o passar do tempo, houve o desenvolvimento de discursos que valorizavam corpos cada vez mais magros.

A autora também destaca que a mudança da percepção da gordura corporal - antes positivada e sinônimo de fartura e status social e, com o decorrer do século XX, tomada gradativamente enquanto uma preocupação - pode ser explicada a partir da construção do corpo gordo enquanto doente e como algo que tenha que ser corrigido e controlado. Nesse sentido, corpos gordos são julgados moralmente em decorrência de uma sociedade que se constitui a partir de um imperativo de vitalidade, conforme dito por Nikolas Rose (2013), porque se acredita que tais corporalidades estão diretamente ligadas a uma não responsabilização com seu próprio “bem-estar” e a uma negação com o compromisso de construir uma sociedade saudável.

Nessa perspectiva, Rose (2013) postula o conceito de “cidadania biológica”, referindo-se à maneira pela qual, a partir do desenvolvimento de biotecnologias e pela assimilação de preceitos médicos na vida cotidiana, ocorre uma mudança nas formas de subjetivação e sociabilidade, transformando-se as maneiras pelas quais os indivíduos percebem a si mesmos e assumem a responsabilização pela manutenção dos seus corpos e dos que os cercam, em um cuidado projetado no futuro. Dessa maneira, “biocidadãos” veem, também, no controle do peso, a reafirmação do seu compromisso com o coletivo, na medida em que podem evitar possíveis problemas futuros (esperados especialmente em corpos gordos) e não sobrecarregar sistemas de saúde (GUTHMAN & DUPUIS, 2006; LUPTON, 2012; ROSE, 2007; WRIGHT & HARWOOD *apud* VOGEL, 2009). Sobre isso, nos diz Else Vogel (2016): *Parte de ser um bom cidadão implica regular o próprio peso e certificando-se não apenas de melhorar quando estiver doente, mas para evitar o aparecimento de desordem (adicional) e doença, fazendo escolhas saudáveis e participando de bom comportamento* (VOGEL, 2016 p. 19).

Assim, a presença de excesso de gordura nos corpos e o aumento de pesos e medidas são usados como justificativa para causar exclusão e perpetuar violências. Na medida em que corpos gordos têm a sua vida condenada ao adoecimento e morte, nós,

pessoas gordas, vivemos um paradoxo entre a imposição de modificação de nossos corpos a qualquer preço para que não sucumbamos ao seu “destino trágico” e diversos obstáculos para a manutenção de cuidados efetivos, já que os locais não comportam seus corpos, mesmo os especializados para atendimentos de saúde e afins.

Esse assunto será mais bem explorado nos capítulos seguintes, mas é essencial destacar que, à medida que o peso da população passa a ser motivo de preocupação do Estado, a chamada obesidade, sua tradução enquanto doença, assume, de acordo com Paim e Kovalesski (2019), a forma de uma “epidemia mundial”. Para os autores, ao dar à temática um tom alarmante e de risco iminente, diversas especialidades médicas e mídia em geral tratam o aumento da população gorda enquanto um “desastre iminente” (POULAIN, 2013; SEIXAS; BIRMAN, 2012 *apud* PAIM; KOVALESSKI 2019). Ou seja, de acordo com eles:

Como uma epidemia instalada de forma apocalíptica, logo se constitui o “combate à obesidade”, a que usualmente estão associadas campanhas de perseguição e extermínio, como o combate à corrupção, à prostituição infantil e às drogas (RIGO; SANTOLIN, 2012). O que induz um cenário de guerra contra a obesidade que pode facilmente se tornar uma guerra contra as pessoas gordas, a partir de ações discriminatórias e julgamentos (FARRELL, 2011) (PAIM; KOVALESSKI, 2019).

Ou seja, esse ideal de “combate à obesidade” nos responsabiliza e culpabiliza, na medida em que nossa corporeidade é considerada um “risco” e, mais do que isso, é colocado sobre nós o imaginário de que vivemos em um corpo que precisa ser corrigido imediatamente, em prol de um “bem comum”, mas que pode nos custar muito caro. Else Vogel (2016) demonstra em seu trabalho que políticas públicas que enfatizam problemas corporais consequentes do excesso de gordura, considerando unicamente o emagrecimento, têm efeitos que podem prejudicar muito mais do que produzir saúde, já que culminam em estigmatização, insatisfação corporal, problemas emocionais, distúrbios alimentares, dentre outras consequências (BACON & APHRAMOR, 2011; NICHOLLS, 2013 *apud* VOGEL, 2016)

Vogel parte, especialmente, de contribuições de Michel Foucault (1977; 1998; 2003) ao tratar da centralidade do controle de corpos e explica que o peso corporal é usado, também, como forma de moralização da relação das pessoas com seus corpos. Além disso, demonstra que estudiosos colocam o cuidado com o peso como uma tecnologia contemporânea de biopoder, que age através da disseminação do ideal de autocontrole, que toma o lugar de prisões e outras instituições clássicas comentadas pelo autor francês em sua obra (COVENEY, 2002; HEYES, 2006 *apud* VOGEL, 2016).

Tais processos podem, de certa forma, justificar as violências direcionadas a pessoas gordas como uma forma de garantir (e em muitos casos, forçar) práticas, procedimentos, dietas, tratamentos etc. pensados enquanto saídas possíveis para a obtenção de um corpo considerado saudável e educado nas normas sociais. A compreensão da magreza como sinônimo de saúde faz com que práticas danosas à integridade física sejam naturalizadas se elas têm como objetivo a perda de peso. Fica, então, o questionamento: pessoas que se submetem a dietas restritivas que beiram a inanição, a exercícios sem acompanhamento de um profissional, a procedimentos cirúrgicos como a bariátrica, que são prescritos massivamente, estão, de fato, constituindo uma prática de produção de saúde e cuidado de si?

De acordo com o que foi exposto e frente a esses questionamentos, a presente pesquisa buscou enfrentar o problema de práticas de cuidado que visam ao emagrecimento como única alternativa para a garantia de saúde. Nesse sentido, em capítulos posteriores, poderemos perceber que, a partir de processos como a medicalização da vida, foram criadas diversas políticas de controle de peso de populações, visto que a gordura corporal passa a ser, cada vez mais, controlada a partir de discursos de promoção de saúde e bem-estar. A produção da chamada obesidade enquanto uma doença que precisava ser combatida, que tem como base de diagnóstico a utilização de medidas e taxas totalizantes e limitadas – como o IMC e medidas da circunferência dos corpos – preconiza, na prática, a marginalização de corporalidades gordas, pois acaba por dificultar o acesso a serviços de cuidados em saúde, bem como impede que corpos considerados grandes demais não possam viver plenamente sua cidadania, na medida em que espaços públicos, meios de transporte, locais de lazer e muitos outros não comportam corpos considerados obesos.

Nessas páginas escritas, desenhadas e pinceladas, pretendo contribuir com a produção de conhecimentos acerca de corpos gordos que levem em conta as suas multiplicidades, bem como a proposição de políticas de cuidado cujos enfoques sejam no respeito à singularidade de cada um, superando o entendimento destes enquanto corpos que precisam ser corrigidos, mutilados e negligenciados de antemão, diferentemente do que vem sendo produzido como o que chamo de Políticas de Finamento – práticas de controle e normalização de corpos que, através de inúmeros procedimentos cirúrgicos, dietas, discursos, políticas públicas, vem direcionando como único cuidado possível o enfoque no emagrecimento e, portanto, uma tentativa de “afinalar” corpos considerados fora de padrões estabelecidos. Essa proposição é fruto de

cada relato e reflexão que compõem a pesquisa, desde os depoimentos até as teorizações que estruturam a tese, as quais serão explanadas mais adiante.

Por isso, antes de ir adiante, é essencial que seja explicitado que este trabalho representa, conforme mencionado, uma autoetnografia, a qual foi construída a partir da costura, como numa colcha de retalhos, composta por entrevistas, desenhos e bordados, diários de campo, palestras em videochamadas, conversas de WhatsApp, páginas em redes sociais (como *Instagram* e *Facebook*), dentre outros. Um campo de pesquisa que inclui minhas experiências corporificadas e no qual as entrevistas foram realizadas com pessoas que se auto identificavam gordas, profissionais de saúde (gordos e não gordos), pessoas brasileiras e canadenses não necessariamente pesquisadoras dos temas relacionados com a gordura corporal. Foi uma pesquisa que se fez em cenários, contextos e configurações que foram sendo alinhavadas conforme o trabalho ia sendo construído. Assim, a partir de agora, passo a mostrar um pouco mais dessa minha experiência compartilhada – com outras pessoas gordas – de produzir cuidados em saúde nessa sociedade lipofóbica⁵ que habitamos.

No capítulo 1, intitulado “Aquilo que chamam de obesidade”, será discutido o caminho teórico traçado sobre corpos gordos a partir de contextos diferentes. O segundo capítulo, cujo título é “Do problema do espelho ao espelho como problema: a construção das tramas de uma pesquisa sobre gordofobia”, trata diretamente da construção da minha trajetória de vida marcada por habitar um corpo gordo enquanto campo de pesquisa. A partir da descrição desse percurso e do que foi compartilhado comigo através das entrevistas e encontros de pesquisa – que foram tanto teóricos quanto inspirações artísticas, alinho-me à proposta de uma escrita autoetnográfica (MISTRO, 2021; PERIN, 2020; ABU-LUGHOD, 2018; GAMA, 2020), bem como busco aproximá-la à da praxiografia, de Annemarie Mol (1999, 2002, 2008, 2010). Nesse sentido, descrevo os processos artesanais de escrita, pesquisa e sobrevivência, na medida em que essa produção foi atravessada diretamente pela emergência sanitária imposta pela COVID-19.

O capítulo intitulado “Políticas de Finamento” tem como principal objetivo a reflexão sobre como práticas, procedimentos e políticas públicas com fins de emagrecimento, a partir do fortalecimento de um discurso patológico acerca de corpos

⁵ Como trazido por Naumi A. de Vasconcelos, Iana Sudo e Nara Sudo (2004), vivemos em uma época em que a magreza assume um papel central, valorizada de tal forma que faz com que corpos gordos sejam compreendidos enquanto o reflexo de falência moral, desleixo e pobreza.

gordos, têm servido para produzir adoecimento, colocar pessoas em risco e, muitas vezes, efetivamente causar a morte de muita gente. Para tanto, coloco em diálogo a noção de biopolítica de Foucault (1999) e precariedade de Butler (2018), para que seja possível, no capítulo seguinte, a proposição de outras formas de cuidado para além da eliminação deliberada de corpos considerados obesos por meio de cortes, costuras, dietas restritivas e produtos com fins em emagrecimento.

O quarto capítulo, chamado “Artesanando Corpos, Produzindo Vida”, traz a descrição de narrativas de cuidado com a própria saúde feita por três pessoas: Sol, Caio e João. Além disso, aborda algumas práticas de cuidado protagonizadas por coletivos de profissionais de áreas como nutrição, medicina, psicologia, dentre outros, que têm como norte a garantia de acesso à saúde por pessoas gordas de maneira mais acolhedora e respeitosa, bem como oferecem formação complementar a profissionais de saúde trazendo essas discussões de defesa da diversidade corporal e antigordofóbica.

Por fim, é importante frisar que, maneira geral, esta tese é tecida a partir de situações de gordofobia médicas vivenciadas por mim e outras compartilhadas comigo no decorrer da pesquisa, que se costumam com políticas públicas, rotinas de exercício, dietas, leituras, participações em espaços de militância, dentre outros componentes, para denunciar o que chamo aqui de Políticas de Finamento, que compõem práticas, procedimentos e discursos que hierarquizam, cortam, costumam, violentam corpos gordos em vez de promover cuidados em saúde. Para superar tais práticas, este escrito propõe o que chamo de Cuidados Contextuais, como um composto de ações, rotinas, saberes que são colocados em jogo nos processos cotidianos do viver e produzir saúde e bem-estar para corpos diversos, independentemente da sua forma e tamanho.

I.

**AQUILO QUE CHAMAM DE
“OBESIDADE”**

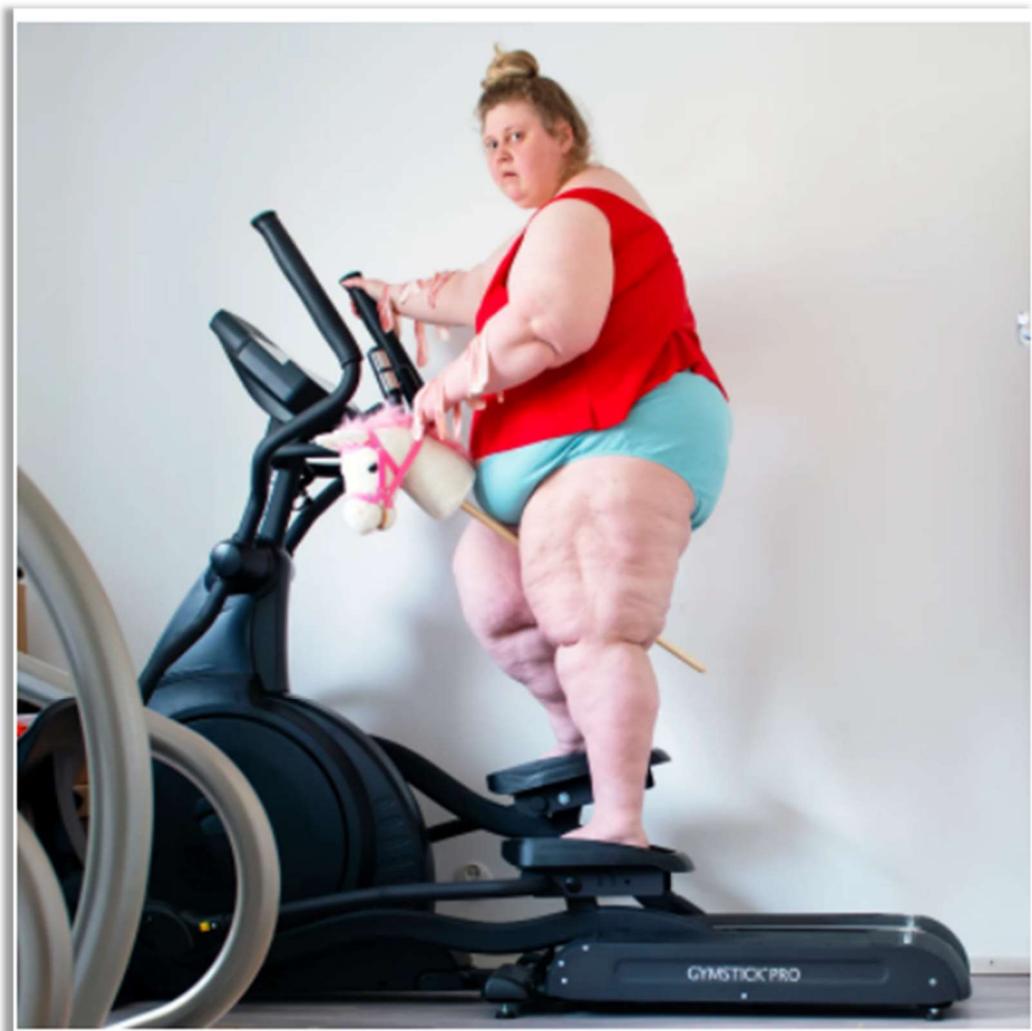


Figura 5 - Iiu Susiraja. Rider, 2020. Na imagem, uma mulher branca e gorda se exercita num aparelho aeróbico, com tiras de bacon estendidas pelos seus braços e entre as pernas possui um cavaleiro de brinquedo.

Neste capítulo, desenvolvo um pouco mais o que tem sido teorizado sobre corpos gordos em tempos e contextos diversos, desde perspectivas sociológicas (POULAIN, 2013; VIGARELLO, 2012) acerca de como a gordura corporal vem sendo tratada no decorrer da história, em sociedades ocidentais, até discussões que interseccionam raça e tamanho corporal. Estas últimas apontam para o aspecto racista que está implicado nas categorizações de corpos considerados obesos, debate especialmente inspirado na obra de Sabrina Strings (2019), que relaciona diretamente o surgimento da gordofobia às políticas racistas de meados do século XIX.

Além dessas perspectivas que trazem o corpo gordo enquanto monstruoso, bem como partindo das noções de normal e patológico tal como propostas por Canguilhem (2009), também será abordado o modo como o movimento político organizado tem ocupado espaço de disputa na produção de conhecimento sobre a gordura nos corpos. Nesse contexto, esse movimento será visto a partir da construção de coletivos feministas, ademais do desenvolvimento dos *Fat Studies* enquanto um campo de estudos interdisciplinar que tem como base ética constantes críticas à patologização da gordura corporal.

1.1 De corpos frios, aquosos a gordurosos e flácidos: um pouco de história

A compreensão acerca dos corpos mudou muito ao longo da história em sociedades ocidentais. Essas mudanças foram determinantes para que, na atualidade, a chamada obesidade tenha sido caracterizada, mais precisamente no ano 2000, pela Organização Mundial de Saúde, como uma “epidemia mundial” (POULAIN, 2013). De acordo com o historiador francês Georges Vigarello (2012), em sua obra “As Metamorfoses do gordo: história da obesidade”, considerada um dos clássicos dos estudos acerca da gordura corporal, até a Idade Média, o corpo gordo era visto como sinônimo de poder, pois, na maior parte dos países europeus, havia miséria, perda de colheitas e fome. Portanto, o ideal de salvação estava diretamente ligado à fartura, opulência e gordura. Conforme aponta o autor,

O prestígio do gordo está ligado, antes de mais nada, ao meio. Mundo da fome, restrições esmagadoras, em que a escassez se repete a intervalos de menos de cinco anos, por esgotamento dos solos, falta de armazenamento, lentidão e precariedade das redes de transporte e vulnerabilidade às intempéries, os séculos centrais da Idade Média enfrentam cerca de 1.300 crises de abastecimento e erigem o ideal da acumulação de alimentos. Erigem também em símbolos de um mundo maravilhoso os ‘países de fartura’, universos fictícios descritos como paraísos na Terra, repletos de especiarias, carnes gordas e pão branco, confins estonteantes cujos rios vertem vinho e cerveja, onde brotam do chão guisados e carne assada, e das

montanhas manam néctares fabulosos. Come-se 'o mundo' em miragem tranquilizadora, enquanto grassam as 'colheitas ruins, a carestia, a mortalidade'. (VIGARELLO, 2012, p. 21).

Dessa maneira, o corpo gordo representaria, até a idade média, um modelo não necessariamente a ser alcançado, mas um símbolo de status. Porém, mesmo com a imagem positiva acerca da corpulência, havia um limite entre o desejado e o assinalado enquanto grotesco, conforme afirma Vigarello (2012). De acordo com o autor, tal definição levava em consideração as atividades que os sujeitos deixavam de exercer por conta do seu peso. Por exemplo

a impossibilidade de montar a cavalo, a dificuldade de mover-se, a incapacidade de fazer ou realizar coisas, no caso de Filipe I particularmente a 'inaptidão para a guerra', destacada por Orderic Vital no fim do século XI. A patologia é incontestável. Essa deformidade existe e foi assinalada desde sempre. Apenas o abatimento dos muito gordos incarnaria então a imagem do excesso: a 'verdadeira' gordura é a que entrava a ponto de impedir a mobilidade. Somente o incômodo físico, a dificuldade de movimento seriam traços primordiais. Mantendo-se certa opacidade: o gordo poderia ser apreciado, mas o muito gordo condenado (VIGARELLO, 2012, p. 29).

Com base no que nos indica Vigarello (2012), coexistiam duas assimilações acerca do corpo gordo: uma que representava força e status social, relacionada com a corpulência; e outra, a do gordo que não conseguia exercer atividades cotidianas por conta do seu tamanho, peso ou, nas palavras do autor, *o indivíduo "cujo calor vital era sufocado por excessos irremediáveis"*. Ao mesmo tempo, a gordura representava vitalidade e, pasmem, saúde, mas, quando em excesso, era moralmente criticada. Os limites entre tais visões não eram precisos nem definidos a partir de medidas predeterminadas como o IMC, havendo o que Vigarello chama de *definição confusa das substâncias dos limites acerca do corpo gordo*.



Figura 6 La monstrua desnuda (1680), de Juan Carreño de Miranda. O quadro mostra uma criança branca, gorda, sem roupa, à frente de um cenário escuro. Um ramo de folhas cobre suas partes íntimas.

Um aspecto importante destacado por Vigarello (2012) é a percepção acerca de que tipo de matéria eram formados os corpos gordos. Considerando que não havia ainda modos de metrificar os corpos, como atualmente, a percepção dos componentes das matérias dava, de alguma forma, a dimensão de como eram compreendidos os corpos e as diferenças entre eles. Ou seja, havia o que o historiador chama de diferentes *humores*, que eram justamente utilizados para qualificar os corpos, tais como sangue, bile negra, bile amarela e fleuma. Em escala de nobreza, o sangue era o que mais se destacava, sendo dessa forma associado ao homem⁶ viril e forte, traços garantidos pela substância quente e vermelha. Mulheres, no entanto, eram compostas de líquidos relacionados com a gordura, como catarro (uma espécie de líquido denso e frio), que garantiam a esses corpos pouca fluidez e energia.

Assim, segundo Vigarello (2012), naquele momento o tecido adiposo era compreendido enquanto um processo de acumulação de água. Além disso, a gordura corporal era associada a uma substância como a manteiga, que derrete com o calor. Os pensadores da época acreditavam que corpos gordos eram compostos por água, que adquiria mais densidade com o frio – temperatura que era associada a corpos tidos como femininos. Na época, de acordo com Vigarello (2012), os principais procedimentos realizados para reduzir esse ‘líquido corporal’ estavam relacionados com a tentativa de diminuir a absorção de água e conseqüentemente liberar o excesso de líquido corporal, conhecidos como sangrias, aspirações e expurgos.

Em uma entrevista à Revista El Malpensante⁷ (2011), Georges Vigarello faz um apanhado de como a gordura corporal foi compreendida entre a Idade Média e o Iluminismo. De acordo com o autor, entre os séculos XVI e XVII ocorria a gestão dos humores e seus respectivos líquidos, conforme mencionado anteriormente. Além disso, nesse momento é perceptível a importância dada à mecânica, na medida em que os corpos e seus funcionamentos eram constantemente comparados a máquinas utilizadas na época, como moinhos, carroças e rodas. Inclusive, data desse momento a utilização de apetrechos como cintas de ferro, chapas de aço, espartilhos, com o objetivo do controle de crescimento das medidas, especialmente nos corpos femininos (Vigarello, 2011).

Apesar de, nesse momento da história, o corpo gordo ser compreendido a partir de uma ambigüidade entre poder econômico e medidas excessivas, que poderiam vir a

⁶ Ao falar em “homem” e “mulher” relacionados a tempos históricos passados, como nesse caso, me dirijo exclusivamente a corpos cisgêneros, dada a inexistência da qualificação desses termos naquele momento e no texto em específico, apesar de reconhecer a importância política em explicitar a identidade de gênero, sem naturalizar a cisgeneridade e, na mesma medida, invisibilizar uma infinidade de possibilidades de identidades e vivências de gênero e sexualidades.

⁷ Entrevista completa em: <https://elmalpensante.com/articulo/1749/una-historia-de-la-gordura>

ser limitantes, tais aparatos tinham como objetivo limitar a gordura e, ao mesmo tempo, reforçar a ideia da possibilidade de uma modelação mecânica dos corpos. De acordo com o autor, pensava-se *que o corpo pode ser influenciado, compelido e forçado por meio de dispositivos mecânicos articulados* (KANTOR, Renée entrevista VIGARELLO, 2011).

Vigarello (2011) afirma, ainda na mesma entrevista, que a chegada do Iluminismo marca, também, uma mudança radical na compreensão dos corpos gordos, quando é dada cada vez mais importância à agilidade corporal e se fortalece o temor de que o excesso de peso fosse capaz de limitar as possibilidades de vivência corporal. A noção de humores e seus respectivos líquidos é substituída por entidades como *fibras, nervos*. O historiador francês destaca a fala de um escritor do final do século XVIII, chamado Charles de Peyssonnel, que trata especificamente do que ele chama de mágoas holandesas ao afirmar *“a horrível umidade de um país que amolece as fibras; queijos e laticínios que multiplicam as serosidades; o uso da cerveja que ataca os nervos”*. O corpo gordo, a partir daquele período, é o que produz pouca excitação, e tal carência é capaz de fazer com que sua gordura aumente cada vez mais, até que seja completamente paralisado pela letargia. Vigarello destaca também o relato do médico inglês George Cheyne, datado de 1730, no qual registra o temor por estar *cada vez mais gordo* e o medo ao perceber seu corpo ser tomado por *letargia e apatia*.

Além disso, na Renascença, afirma Vigarello (2012), há uma valorização moral da capacidade física, possivelmente relacionada com o crescimento de cidades por conta de populações inteiras que migravam dos setores rurais para os grandes centros urbanos, o que mudou consideravelmente esses cenários. A mendigagem estava cada vez mais presente nas ruas, ao passo que a ocupação (o trabalho), ainda que relegada às classes menos abastadas, gradativamente ganha importância.

Apesar de não demonstrar uma relação direta entre a improdutividade e visões negativas acerca de corpos gordos, o autor considera que tais mudanças de perspectiva a respeito do trabalho e a valorização de atividades laborais tiveram como consequência, também, a estigmatização de tudo que se aproximava da imagem de inatividade. Ainda que não se tenha uma distinção precisa sobre as medidas de corpos consideradas aceitáveis, há, como demonstra Vigarello (2012), sempre a percepção negativa acerca de corpos muito grandes, “moles”, que não conseguiam exercer suas atividades por conta de sua corpulência. De acordo com o autor:

A corte dos séculos XVI e XVII aumentou as normas de etiqueta, o cultivo da aparência, impondo corpos mais flexíveis, reforçando o papel da aparência onde antes dominava uma arte mais guerreira. O cortesão não é mais o cavaleiro. A imponência leva a melhor sobre a antiga corpulência, provocando inquietude entre os velhos barões, como Thomas Artus, que zomba do

séquito de Henrique III ao ridicularizar as novas tendências: corpos finos, ombros apertados, cintura fortemente ‘abotoada’, a ‘boa aparência’ pretendendo substituir as ‘carne boas’ e fartas de antigamente. Os exercícios também o confirmam, não visando mais unicamente o treinamento militar, mas promovendo adequação, compostura e adesão às conveniências refinadas (VIGARELLO, 2012, p. 71).

Dessa maneira, os corpos gordos passam a ser desprezados e surgem expressões vexatórias em relação à gordura corporal. Houve o que Vigarello (2012) chama de *cultura negativa do volume*. É comum, nesse período, surgirem relatos sobre pessoas “de porte pesado” com teor pejorativo, ou ainda “sem malícia”, “sem discernimento”. O autor destaca expressões encontradas no Falstaff de Shakespeare, que estão diretamente ligadas a uma percepção depreciativa da gordura. Como exemplo destacou: “Glutão”, “Barriga”, “Barrigão”, “Pasta de Fígado Gordo”, “Colchão de Carne”, “Grosseirão”, “Pança de Espanha”, “Bolão, Pão de Sebo”, “Banha Derretida”, “Massa Bruta”, “Manteigão”, “Tonelada”, “Doce Balão” (VIGARELLO, 2012, p. 73), dentre outras.

Tais expressões e imaginários, que foram se tornando mais frequentes no vocabulário da época, demonstram que os corpos gordos passavam a ter uma imagem cada vez mais estigmatizada. Estes então passaram a ser qualificados enquanto moleza, algo sujo e ligado à lascívia, representando os excessos que deviam ser evitados e punidos. Até esse momento, conforme pontuado por Vigarello, não existia uma relação fixa entre gordura e magreza enquanto valores opostos, tais diferenças se davam de formas subjetivas e intuitivas. O que representava o perigo, naquele momento, tanto para corpos gordos quanto para corpos magros, eram os excessos – visto que a magreza era também estigmatizada quando muito evidente.

1.2 Corporalidades gordas e racismo, o que têm em comum?

É necessário destacar que tais classificações de corpos também estavam diretamente ligadas a hierarquizações raciais, na medida em que determinados povos não eram considerados humanos. Conforme destacado por Sabrina Strings (2019), no seu livro *Fearing The Black Body: The Racial Origins of Fat Phobia* (Temendo o corpo negro: as origens raciais da gordofobia, em tradução livre), a gordura corporal começa a ser estigmatizada pela sua associação a corpos negros e pecado. Ou seja, de acordo com a autora, a estigmatização e consequente patologização do corpo gordo esteve intimamente ligada à legitimação de hierarquias sociais baseadas em raça, classe social e sexo. De acordo com Strings (2019), o temor pelo corpo gordo está relacionado com racismo e ideologias religiosas que foram usadas, ao mesmo tempo, para desqualificar mulheres negras e disciplinar mulheres brancas.

Strings (2019) parte do conceito de *distinção*⁸, de Bourdieu, para pensar como as elites, em sociedades ocidentais, tentam consolidar seu poder e prestígio a partir das diferenças entre elas e as outras classes sociais. Tais distinções sociais, que se configuram desde hábitos, vestuários e costumes, dietas e traços físicos, servem para naturalizar as hierarquias sociais e econômicas. Dessa maneira, o julgamento acerca da gordura corporal também esteve relacionado com as categorias e normas sociais vigentes naquele momento da história, o que também podemos perceber até os dias atuais.

A disseminação, no senso comum, de que a gordura representava indisciplina, excesso e precisava ser controlada irá corroborar o fortalecimento dos discursos médicos na sociedade moderna, passando, então a ser compreendida como questão de saúde. Como parte desse movimento, a autora destaca que *o entendimento da gordura como grosseira, imoral e negra serviu para estigmatizar mulheres negras e, concomitantemente, tornou-se o ímpeto para a promulgação de figuras esguias como a forma adequada de personificação da mulher branca católica de elite.* (STRINGS, p. 7, 2019).



Figura 7 Esquerda: Anúncio de Fatoff de Allan, Jackson Standard, 1878. Direita: Anúncio da Fatoff, Life, 1910 (STRINGS, Sabrina. Bust Magazine, setembro de 2019).

gastrointestinais e ganho de peso (STRINGS, p. 85, 2019).

Dessa forma, Strings (2019) postula que a ideia de diferença biológica entre as raças ganhava cada vez mais força em meados do século XVIII. Além da cor da pele, a corpulência e outros traços físicos inscreviam as diferenças entre brancos, não brancos – e nesse caso, especificamente, negros. De acordo com a autora, *eles fornecem uma explicação conveniente para pele negra e corpulência. De acordo com a teoria humoral revitalizada, a pele negra era causada por uma superabundância de bile negra sob a pele. Além disso, o excesso de bile negra pode causar distúrbios*

⁸ De acordo com Emiliano Alves (2008), o conceito de distinção proposto por Bourdieu pode ser explicado como uma forma de reprodução moral e transmissão de valores e crenças acerca do mundo simbólico que produzem *habitus* que são capazes de determinar hierarquias acerca do que pode ser considerado culturalmente aceito ou reprovável.

A autora destaca o trabalho do antropólogo Julie-Joseph Virey, responsável pela obra *Natural History of Mankind*, de 1824, que trazia a imagem de pessoas negras como estúpidas e naturalmente inclinadas aos prazeres da mesa, assim como incapazes de pensar racionalmente. De acordo com Strings, *em nossa espécie branca, a testa se projeta e a boca se retrai, pois fomos projetados para pensar mais do que comer; na espécie negra, a testa se retrai e a boca se projeta como se eles tivessem sido feitos para comer em vez de pensar* (tradução livre, STRINGS, p. 86, 2019).

A partir da obra de Strings (2019), pude ainda conhecer um pouco mais sobre a trajetória de Saartjee, ou Sara, conhecida como a *Vênus Hottentot*. Sara foi uma mulher negra que nasceu por volta do ano de 1789, na Província Oriental do Cabo, da África do Sul. Ela e sua família eram escravizados e, após a morte de seus pais, foi persuadida a se prostituir por um homem chamado Henrick. Por conta do seu corpo com curvas acentuadas, era obrigada a se exhibir no Hospital Naval, na Cidade do Cabo, para soldados moribundos. O cirurgião William Dunlop logo percebeu o potencial lucrativo na exibição de Sara, juntando-se ao empresário Hendrik Cesars para levá-la para Londres.



Figura 8 - Duas fotos de Saartjee, a “Vênus Hottentot”. Foto em preto e branco contendo Sara sem roupas, usando apenas adereços com penas e contas pelo corpo e uma capa de couro felpudo nos ombros. Na primeira foto, ela segura uma lança com a mão direita e possui um cachimbo aceso na boca. Na segunda, Sara está parada em pé em frente a uma cadeira usando uma máscara escura que cobre seu rosto, deixando apenas os olhos e a boca a mostra.

Sara, movida pela ilusão de que poderia ser liberta e buscar por melhores condições de vida, cedeu aos apelos do médico e o acompanhou em uma turnê de exibição em Londres e na França, no ano de 1810. Multidões de pessoas iam a essas exposições, nas quais ela se mostrava para o público europeu praticamente sem roupa, com plumas, penas e fumando um cachimbo, o que demonstra a total desumanização a qual ela estava submetida. Homens poderosos chegavam a pagar altas quantias para poder tocá-la em exposições íntimas e há, inclusive, indícios de que Sara era prostituída contra a sua vontade.

Fica evidente que sua vida foi repleta de abusos e que seu corpo serviu como um objeto erótico, já que, naquele momento, existia o imaginário de que corpos negros, além de representarem o excesso — de corpulência, de cor —, também eram insaciáveis sexualmente. Ela morreu jovem, aos 26 anos, em Paris. Seu corpo foi modelado em gesso pelo naturalista Georges Cuvier, que estudava e registrava suas formas, ainda enquanto ela estava viva. Strings (2019) destaca que o que causava espanto no público europeu era o seu corpo, que hoje poderia ser considerado de corpulência considerada excessiva e que, naquele momento, era a prova cabal de que se tratava de alguém pertencente a uma raça primitiva, inferior.

Após ler sobre a breve história de vida de Sara, comecei a procurar mais evidências sobre sua trajetória na internet. Encontrei, com espanto, uma matéria da BBC Brasil intitulada *Sarah Baartman: a chocante história da africana que virou atração de circo*⁹, escrita por Justin Parkinson (2016). Além dos horrores já descritos na obra de Sabrina Strings (2019), causou espanto saber que, mesmo após sua morte precoce, o corpo de Sara seguiu sofrendo diversos abusos e desumanizações. De acordo com Parkinson, ainda em vida, Sara permitiu que suas formas corporais fossem registradas por cientistas, como Georges Cuvier, acima descrito. Porém, Sara não aceitava posar sem roupa para os experimentos e estudos.

Ocorre que, após a sua morte, o profissional fez um molde de gesso de seu corpo inteiro antes de que este fosse dissecado, e seu cérebro, esqueleto e órgãos sexuais foram exibidos em Paris até o ano de 1974, de acordo com a matéria. Somente nesse ano, os restos mortais de Sara foram retirados de exibição no Museu de Antropologia em Paris e, após um pedido feito por Nelson Mandela, com o fim do Apartheid, começou a ocorrer uma sequência de protestos que reivindicavam a reapropriação do seu corpo pelo continente africano. Apenas no ano de 2002, contudo, Sara pôde, finalmente, ser sepultada em sua terra natal, a província do Cabo Oriental.

⁹ Link da matéria completa em https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2016/01/160110_mulher_circo_africa_lab



Figura 9 - Autoridades francesas e sul-africanas com molde do corpo de Sara. FONTE: BBC

A história de vida de Sara pode ser pensada como uma evidência das relações entre racismo e gordofobia, conforme destacado por Sabrina Strings (2019), intersecção que promove o caráter desumanizante da forma como foi tratada em vida, exibida e explorada como uma atração circense. Pessoas como ela, que pertenciam ao povo Khoikhoi, da África do Sul, e outras etnias do continente africano, eram consideradas seres humanos menos desenvolvidos por conta de suas características corporais, tendo sido algumas vezes comparados a macacos por cientistas da época.

Cyntia Montalbeti (2022), em seu estudo sobre decoloniedade e gordofobia intitulado *Cuerpas Gordas de Abya Yala: Colonialidad, Racismo y Gordofobia*, também demonstra que corpos não brancos foram desumanizados a partir de suas características físicas como parte de um projeto colonial de hierarquização social e dominação. Segundo a autora, ao pensar o surgimento da gordofobia como intimamente relacionada com o racismo científico, *há uma divisão criada para diferenciar humanos e não humanos* (Montalbeti, 2022, p. 24), que articula essas duas instâncias.

A autora concorda com Masson (2017) na medida em que esta relaciona o sistema de escravidão de populações africanas e povos

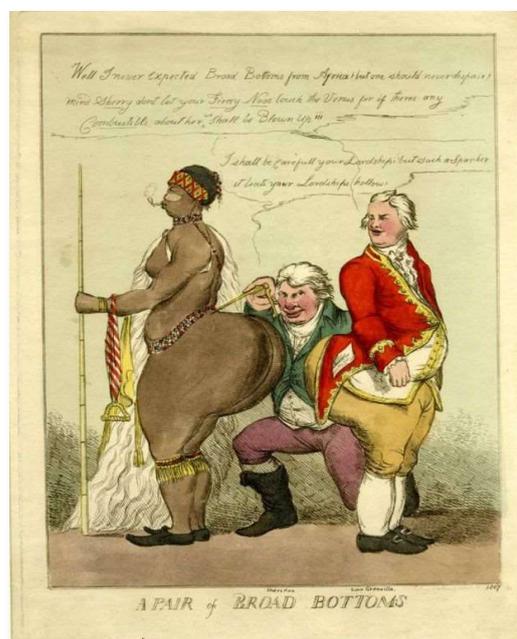


Figura 10 – Charge antiga acerca de Sara. Nela, a modelo está sem roupa, encontra-se de lado, com um cachimbo na boca e segurando uma lança. Dois homens brancos estão atrás dela, olhando para seu corpo. Um deles está abaixado e toca a sua cintura. FONTE: BBC

originários como resultantes do processo de animalização dessas etnias e populações. Dessa forma, concordo com as colocações que tratam de uma relação aproximada entre a aversão a gordura corporal e hierarquizações de raça, em nossa sociedade. Tais percepções fazem parte de um contexto de discursos relacionados com o surgimento da medicina moderna, como poderemos perceber mais detalhadamente nos tópicos a seguir.

1.3 O surgimento da chamada obesidade

Indo além do caráter de corporalidades gordas e estigmas a elas relacionadas caminharem lado a lado ao racismo, importa ressaltar também que, com o passar dos séculos, a gordura foi sendo resignificada no imaginário social, e esse processo está intimamente ligado ao desenvolvimento da medicina moderna e do processo de medicalização em sociedades ocidentais, conforme destacado por Jean-Pierre Poulain (2013), em sua obra *Sociologia da Obesidade*. O autor afirma que a chamada obesidade passa de um julgamento moral e estético à *causa de doenças, o objeto de uma argumentação sanitária cada vez mais avançada, de uma lenta, porém contínua medicalização, até ser finalmente designada como epidemia mundial*. (POULAIN, 2013, p. 157).

O autor descreve o processo pelo qual o corpo gordo vai ganhando explicações cada vez mais relacionadas com o campo da saúde, em lugar de um julgamento social e moral. Assim, ainda que a patologização de corpos gordos passe por processos de desmoralização de tais formas e medida, a literatura mostra como, em sociedades ocidentais, o discurso acerca da saúde ocupa cada vez mais um lugar bastante central na formação de subjetividades e na organização política e discursiva dos sujeitos e instituições.

Poulain (2013), em seus estudos considerados clássicos acerca de temas relacionados com a obesidade, destaca as duas etapas envolvidas no mencionado processo de mudança de compreensão da gordura: 1) a forma de categorização de corpos, que antes se dava de maneira qualitativa (a partir da forma corporal, capacidades de se movimentar e realizar atividades como subir em um cavalo, por exemplo) para uma quantitativa com a disseminação de medidas universalizantes como o IMC), bem como o surgimento da noção de fator de risco; 2) a passagem do estatuto de fator de risco para aquele de patologia, além da utilização disseminada de medidas estatísticas e de controle dos custos econômicos dos serviços e cuidados dos povos. Em suas palavras

A medicalização da obesidade substitui as causas morais de desvalorização do sobrepeso por razões médicas. Os riscos que a obesidade e o sobrepeso apresentam à saúde acabam por justificar a luta contra a obesidade. A medicalização pode parecer um progresso, pois liberta o obeso do olhar moralizador ao torná-lo um 'doente' ou então alguém que tem grande possibilidade de se tornar um doente e que se deve, portanto, ajudar e tratar (POULAIN, 2013, p. 158).

Apesar de se observar esse caminho que vai da corpulência explicada enquanto uma questão moral até o fortalecimento do discurso patologizante sobre esses corpos, é importante perceber que os ideais desmoralizantes sempre estiveram fazendo parte do imaginário social, ou seja, que fora atualizado pelo então argumento de que são corpos doentes precisando de correção e tratamento. Nesse sentido, corpos gordos, como o meu e de muitos e muitas de nós, são culpabilizados por terem determinados pesos e medidas considerados "em risco".

Nesses termos, Poulain (2013) analisa que, em sociedades ocidentais, sempre houve uma preocupação acerca da gordura corporal, com diferentes interpretações condizentes com o estilo de pensamento¹⁰ de seu tempo. O autor afirma que, desde a Grécia Antiga, encontram-se registros de explicações e terapêuticas para pessoas com essas corporalidades. A própria etimologia da palavra obesidade é demonstrativa desse fato. Oriunda do latim *obesus*, significa gordura, ou ainda algo consumido por ela, gordo, além de bruto, pesado, opaco, grosseiro. O autor elenca, ainda, uma série de medidas aplicadas para o controle da obesidade, como recomendações de exercícios físicos, purgativos, entre outras. Poulain (2013) destaca aquelas feitas por Anthelme Brillat-Savarin que, já no início do século XIX, publicou a obra *Physiologie du gout*¹¹ e nela reservou um capítulo para a discussão sobre a gordura nos corpos, no qual se encontram listadas quatro causas para a obesidade, aqui resgatadas:

A primeira depende da "natureza" dos indivíduos, o que designa como "a disposição dos indivíduos". Hoje, falaríamos sem dúvida de predisposições genéticas. "Alguns são predestinados e os seus poderes digestivos elaboram uma quantidade maior de gordura", diz. A segunda causa é a ausência de atividade física: "Sono em demasia e muito pouco exercício". Eis aí uma estratégia sempre atual: aumentar o gasto energético para reequilibrar o balanço. As duas outras são de origem alimentar. A primeira se refere ao indivíduo que é culpado pelos "excessos de comer e beber". A quarta causa da obesidade está "nas farinhas que o homem usa como base de sua alimentação diária". (POULAIN, p. 160, 2013).

Poulain (2013) entende que o processo de construção da obesidade é uma questão da medicina, em três principais pontos, que são: 1) A obesidade é compreendida como

¹⁰ FLECK, Ludwick. *Gênese e Desenvolvimento de um Fato Científico*, 1935.

¹¹ *Fisiologia do paladar*, em tradução livre.

uma doença que precisa de tratamentos e correção; 2) Surgem as primeiras tentativas de explicação sobre a origem e possíveis causas do ganho de peso; 3) A gordura corporal é assimilada enquanto objeto de pesquisa por diversas áreas da medicina. O autor evidencia o momento no qual a preocupação com a gordura direciona o enfoque ao tecido adiposo. A localização da obesidade no corpo contribuiu para que se desse início a investigações acerca dos processos anatomofisiológicos que supostamente causam tal condição. Ocorre, também, o desenvolvimento de relações entre perturbações emocionais e distúrbios nos hábitos alimentares, que poderiam causar obesidade. Nessa linha, Poulain (2013) destaca que, até o começo do século XX, o modelo de estética corporal que valorizava corpos femininos voluptuosos servia como um obstáculo para a medicina. Em citação de Francis Heckel, do seu livro intitulado *De l'emotion aux troubles nutritifs – la nevrose d'angoisse et les états d'émotivé anxieuse* (Da emoção às doenças nutricionais – A neurose da angústia e as condições da ansiedade emotiva, tradução do autor), destaco: *Emagrecer constitui para uma mulher, portanto, um verdadeiro sacrifício, pois significaria renunciar ao que o mundo mais aprecia nela* (HECKEL, 1911, apud POULAIN, p. 163a, 2013).

Data de 1924 a publicação de um importante artigo acerca da obesidade no *Larousse Medical* que indicava, pela primeira vez, a categorização do corpo gordo através de pesos e medidas. De acordo com Poulain (2013), na publicação destacada, a chamada obesidade foi denominada como “*um exagero da quantidade de gordura que normalmente existe entre os órgãos*” e, mais adiante, destaca

A avaliação da obesidade seria desde então um procedimento de atualidade o autor explica que “a justa corpulência [nota-se o vocabulário] cede lugar à obesidade a partir do momento em que o peso do indivíduo seja superior em quilos ao número de centímetros da sua altura além do metro. Em seguida, após alguns exemplos de cálculos, ele prossegue: “A pequena obesidade começa com 90 quilos, a média com 100 e, nos pesos pesados, vai se 120 a 150, e esses números ainda podem ser bastante ultrapassados - 200, 250 e mesmo 300 (LAROUSSE MEDICAL, apud POULAIN, p. 163b, 2013).

Além disso, a publicação destacada pelo autor identificava as principais causas para tal condição, que seriam: 1) superalimentação; 2) problemas em diversos órgãos; 3) problemas no sistema nervoso; 4) problemas nutritivos gerais que, nesse caso, englobariam alcoolismo e a chamada “superalimentação irracional”. Além disso, diferenciava os sujeitos a partir de tipos de obesos. Conforme o autor, *os obesos “floridos”, que são pletóricos e sanguíneos, que apresentam funções digestivas, nutritivas, circulatórias e urinárias exageradas, mas, em suma, excelentes e os “obesos atônicos, astênicos”, que, ao contrário, têm “forças inferiores à normal” e um “apetite medíocre”* (POULAIN, p. 164a, 2013). O livro se

encerra sugerindo diversos tratamentos, que iam desde de restrição alimentar e exercícios físicos a tratamentos em estações termais como *Brides-les-Bains*, dentre outras. As dietas indicadas se assemelham às disseminadas na contemporaneidade: controle de gorduras, proteínas como carne e peixe, preferencialmente grelhados, infusões, frutas e legumes.

1.4 Processos de medicalização da gordura corporal: produção de diagnósticos e marcadores

*This is a memoir of (my) body because, more often than not, stories of bodies like mine are ignored or dismissed or derided. People see bodies like mine and make their assumptions. They think they know the why of my body. They do not.*¹²

Roxane Gay

Antes de aprofundar a discussão sobre como surgiram as métricas que foram capazes de produzir um diagnóstico da chamada obesidade, é importante entender o processo de *medicalização* de medidas e pesos corporais. E para isso, trago uma pequena introdução ao processo de medicalização e biomedicalização de corpos, deixando evidentes os processos nos quais a considerar corpos gordos como algo patológico faz parte também de um movimento de transformação de diferenças corporais em diagnósticos médicos. O Objetivo deste trabalho não é aprofundar essas discussões, que são parte de argumentações teóricas amplas (ILLICH, 1975; CRAWFORD, 1977; ORTEGA, 2009; CLARKE ET AL., 2003; CONRAD; 1992;1975; CONRAD, SCHNEIDER, 1980) em diversos campos do conhecimento, da medicina à antropologia e demais ciências sociais, mas apenas pontuar a importância de se compreender tais processos para que pensem sobre cuidados em saúde que têm sido direcionados para corpos gordos.

De acordo com Paula Gaudenzi e Francisco Ortega (2012), a intervenção política da medicina se dá a partir do estabelecimento de condutas e da prescrição de comportamentos com o intuito de preservação da saúde da população, as quais tiveram início em meados do século XVIII a partir da disseminação de normas de higiene e do processo de internalização de discursos médicos no cotidiano das pessoas. Tais

¹² "Este é um livro de memórias do (meu) corpo porque, na maioria das vezes, histórias de corpos como o meu são ignoradas, descartadas ou ridicularizadas. As pessoas veem corpos como o meu e fazem suas suposições. Eles acham que sabem o porquê do meu corpo. Eles não sabem", em tradução livre.

processos, de acordo com os autores, foram retratados nos trabalhos de Ivan Illich (1975) e Michel Foucault (2008), pelo destaque dado em suas obras a uma crítica ao poder de discursos médicos sobre os indivíduos e saberes predeterminados sobre seus corpos. Illich (1975) faz uma crítica contundente à sociedade industrial e a respeito do apelo de tecnologias médicas sobre as pessoas, o que faz com que essas pessoas percam autonomia sobre suas próprias vidas, passando a depender de saberes de especialistas no manejo de seu cotidiano. De acordo com Gaudenzi e Ortega (2012), para Illich, as pessoas devem superar a necessidade da intervenção profissional para os cuidados em saúde e agir contra o consumo intensivo da medicina moderna.

Além disso, não pode deixar de ser mencionado o conceito de biopoder a partir de Michel Foucault (1995;2002;2006;2008), por ser essencial nas discussões acerca do processo de medicalização da sociedade. O biopoder, conceito criado pelo autor para falar desses processos, é, em sua essência, um poder sobre a vida, ou seja, é exercido sobre a população através do controle e da disciplina. À medida que o sistema capitalista se fortalecia, era também necessário que a força de trabalho alcançasse o máximo de aproveitamento. Para isso, seria necessário a disseminação de um imaginário de Estado-Nação, que se deu a partir do controle minucioso das vidas dos cidadãos: nascimento, morte, controle de epidemias, dentre outros, passavam a ser campo de controle do Estado. Esse momento, de acordo com Foucault, coincide com o nascimento da medicina moderna, que, a partir de então, estabelece-se como discurso predominante e ferramenta de controle do corpo individual e coletivo das pessoas.

Ainda de acordo com Foucault, a medicina, a partir do século XVIII, especialmente em sociedades ocidentais, cumpre a função de controle dos corpos, determinando, a partir de seus saberes vistos como inquestionáveis, os modos de vida e conduta individuais e coletivos, não apenas no que diz respeito aos processos de saúde x doenças, mas acerca de comportamentos mais amplos como sexualidade, fertilidade, dentre outros. Ou seja, o poder do governo era feito, também, a partir de uma racionalidade médica, que começa a categorizar como doenças comportamentos considerados desviantes, como o alcoolismo, a criminalidade, a homossexualidade, dentre outros. Para Ortega (2009), Foucault, ao teorizar acerca do biopoder, reitera que os indivíduos não são meramente passivos frente ao fortalecimento dos discursos médicos, muito pelo contrário. Foucault evidencia a criatividade dos sujeitos em dar vida a formas diferentes de povoar o mundo e lidar com tais preceitos.

Foucault pretendeu analisar as formas pelas quais os indivíduos se constituem como sujeitos morais, preocupando-se com os modos de subjetivação em que o sujeito se constitui a partir de práticas que permitem, ao indivíduo, estabelecer uma determinada relação consigo mesmo e

com os outros (ORTEGA, 1999). Interessou-se, assim, pelo que chamou de “artes da existência”, isto é, as práticas racionais e voluntárias pelas quais os homens não apenas determinam para si mesmos regras de conduta – sendo, portanto, práticas de liberdade – como, também, buscam transformar-se, modificar-se em seu singular, e fazer de sua vida uma obra que seja portadora de certos valores estéticos, uma obra de arte (FOUCAULT, 2006 *apud* ORTEGA, 2009).

Cabe destacar que um dos teóricos pioneiros nos estudos sobre medicalização é Peter Conrad (1975;1992;2007), o qual aponta para os processos pelos quais diversos acontecimentos sociais foram gradativamente transformados em patologias. Conrad (1975) evidencia a questão da medicalização do desvio, na qual alcoolismo, doenças mentais, disfunções sexuais, problemas de aprendizagem, dentre outros comportamentos, que antes eram considerados imorais, passam a ser entendidos como patológicos. A medicina, de acordo com Conrad (1992), passa a funcionar como uma instituição de controle social.

Porém, conforme apontado por Rafaela Zorzanelli et al. (2014), existem diversas discussões que têm complexificado a utilização dos conceitos de medicalização e biomedicalização. Os autores desenvolvem a principal crítica à compreensão de processos de medicalização apenas como uma forma de controle social da medicina, que se dá a partir da objetivação e patologização de comportamentos e condições corporais. De acordo com os autores, a medicalização é um processo fluido, que a depender do contexto, grupo social, expertise, dentre muitos outros fatores, irá acontecer de maneira diferente, havendo, inclusive, uma possibilidade de “desmedicalização”. Em relação a isso, afirmam os autores:

essa irregularidade significaria, por exemplo, que alguns comportamentos são, potencialmente, mais medicalizáveis do que outros, colaborando para isso certos fatores, como o maior ou menor apoio da profissão médica, a disponibilidade de intervenções e tratamentos, a existência de definições daquele comportamento ou transtorno competitivas entre si; significaria dizer que alguns grupos são ou eram mais medicalizáveis do que outros, como, a princípio, as mulheres e as crianças; que as diferenças sociais e de gênero contribuiriam para acirrar processos de medicalização; que haveria agentes fora da profissão médica que contribuiriam ativamente para a medicalização, tais como a indústria farmacêutica, as associações de cuidadores e pacientes, a mídia impressa e virtual e a divulgação científica, periódicos médicos e as propagandas de medicamentos. Por fim, a irregularidade da medicalização significaria que pode haver, paralelamente, processos de desmedicalização, como o emblemático caso da retirada da homossexualidade do DSM-II, no início da década de 70, como conquista do movimento norte-americano pelos direitos civis dos homossexuais (ZORZANELLI ET. AL, 2014, p. 1864).

Além disso, para Zorzanelli et al. (2014), cabe destacar também alguns problemas sociais que foram pensados enquanto questões de saúde e ainda não estavam no debate científico e público nos idos dos anos 1970, tais como: a inclusão de outros

sujeitos dentro das possibilidades diagnósticas de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), a medicalização da masculinidade (a partir de casos de disfunção erétil, calvície e problemas relacionados com corpos de homens cisgênero), medicamentos amplamente utilizados para melhorar a performance cognitiva, dentre outros.

Sob esse aspecto, Nikolas Rose (2011) destaca um nível mais profundo de atenção, na medida em que os corpos passam a ser percebidos para além do que o autor denomina como *nível molar*, ou seja, como membros, tecidos, sangue, hormônios, etc. Rose (2011) aponta que, nesse *corpo molar*, é que incidem cuidados e melhoramentos como procedimentos cirúrgicos, tatuagens, dietas e esse era o enfoque na medicina a partir do século XIX, na medida em que práticas médico-científicas agiam para uma melhor compreensão da anatomia dos corpos e dos seus funcionamentos internos. Porém, com o desenvolvimento de novas tecnologias e da biomedicina, a vida passa a ser percebida agora num *nível molecular*.

Nesses termos, Rose (2011) parte do conceito de *Estilos de Pensamento*, termo cunhado por Ludwik Fleck¹³ (1979), para explicar a mudança de perspectiva de atenção e cuidados aos corpos em níveis cada vez mais detalhados. Para Fleck, um *Estilo de Pensamento* é a maneira pela qual uma determinada época determina as formas de pensar, observar e explicar fenômenos e práticas de pesquisa. Ou seja, tanto a escolha do que se analisar quanto a metodologia aplicada e os instrumentos utilizados, tudo está relacionado com o que se compreende enquanto verdade em um contexto específico.

Dessa maneira, Rose (2011) afirma que, por exemplo, um estudo acerca da atividade cerebral feito nos dias atuais é completamente diferente dos que eram realizados nos anos de 1950, visto que uma nova ontologia da vida se configura a partir do chamado nível molecular. A partir dessa reflexão, Rose (2011) demonstra a abrangência dos processos de medicalização e das transformações ocorridas na maneira pela qual os sujeitos são subjetivados em sociedades ocidentais capitalistas. Seja em um nível molar ou molecular, a partir da segunda metade do século XX a manutenção do que se entende como saúde é um dos principais valores éticos, e a população em geral passa a se utilizar de discursos biomédicos na compreensão de si enquanto cidadãos em sociedades liberais avançadas. Pacientes tornaram-se consumidores de discursos, expertise, medicamentos e todas as ferramentas colocadas no mercado sob a promessa de produção de uma melhor qualidade de vida. Vivemos em uma sociedade em que a saúde é entendida como *uma maximização das forças e*

¹³ Em sua obra intitulada *Genesis and Development of a Scientific Fact*, originalmente publicada no ano de 1935.

potencialidades vitais de um corpo vivente, e passou a ser um desejo, um direito e uma obrigação - um elemento-chave nos regimes éticos contemporâneos (ROSE, 2011, p. 19).

Dessa maneira, a partir de Nikolas Rose (2007; 2011), podemos compreender as transformações fundamentais acerca dos processos de subjetivações ligados a demandas clínicas em sociedades ocidentais. A atuação médica passa a não mais ser percebida apenas com o intuito de controlar os processos de doença que acometiam as populações, mortes, administração da reprodução, avaliação e governo do risco e promoção de saúde. Profissionais da medicina e áreas correlatas foram gradativamente perdendo o monopólio do poder do diagnóstico e de decisões terapêuticas, à medida que tais discursos passam também a fazer parte de processos de afirmação de subjetividades. Ainda, a medicina passa por um intenso processo de capitalização cujos processos de adoecimento e saúde inauguram um novo mercado possível (ROSE, 2011).

Além disso, é característica de sociedades ocidentais um forte estímulo à busca incessante por melhoramentos corporais como um tipo de cidadania na qual os sujeitos autônomos tornam-se “empresários de si mesmos” (FOUCAULT, 2008b *apud* CARVALHO ET AL., 2015), que consomem bens e serviços relacionados com práticas e procedimentos que prometem produzir saúde. Falando especificamente sobre corpos gordos, podemos pensar junto com Carvalho et al. (2015) a respeito de como essa intensa produção de experts e bens de consumo associados à produção de corpos ditos saudáveis, muitas vezes com fins exclusivamente de emagrecimento, não significa necessariamente uma melhoria da sua qualidade de vida. Também é importante ter em mente que, apesar de médicos ainda possuírem um local de autoridade discursiva no que se refere à produção de saúde, de acordo com Carvalho et al. (2015), outras áreas de atuação e outros atores também têm ocupado esse espaço de saber, tanto profissionais de saúde em geral como nutricionistas, enfermeiros, psicólogos, dentre outros. Dessa forma, biólogos, engenheiros, químicos têm também feito parte desses processos de fomentação de bens, procedimentos e serviços de aperfeiçoamento corporal.

Um outro ponto essencial desses processos de medicalização é que, além do diagnóstico em si, fazem parte do seu campo de atuação experiências medicamente descritas ou, conforme afirmado pelos autores, *de um estado cujas características passam a ser reconhecidas pela medicina, pelos pacientes e pela cultura como alvo legítimo de intervenção médica, terapêutica, profilática ou restauradora* (ZORZANELLI ET AL., 2014, p. 1866). Assim, conforme destacam os autores, importante dar destaque às particularidades dos contextos sociais nos quais se observam tais situações, como desigualdades de renda, dificuldade de acesso a serviços de cuidados em saúde por parcelas vulnerabilizadas da sociedade, dentre outros.

Nesse contexto, surge um questionamento: *como o corpo gordo está relacionado com esses processos de medicalização?* Adiante, iremos conversar mais detalhadamente sobre políticas de saúde que foram pensadas para corpos gordos, bem como procedimentos e demais terapêuticas com propósitos emagrecedores, as quais estou chamando aqui de Políticas de Finamento. Contudo, até agora, ficou evidente que a denominação corpos saudáveis não é uma ideia que surge de um único lugar e está também atrelada a discursos medicalizantes que são tão corriqueiros quanto naturalizados no nosso cotidiano. Mais do que isso: fazem parte de uma agenda política (e financeira) de domínio de corpos e hierarquizações de diferenças.

1.5 O que define que um corpo é ou não um corpo saudável?

*I hear you're losing weight again Mary Jane
do you ever wonder who you're losing it for?¹⁴
(Alanis Morrisett)*

A Organização Mundial de Saúde postulou, em 1948, que saúde significaria “o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença.”. Tal conceito, apesar de amplamente divulgado, gera controvérsias. Para Segre e Ferraz (1997), tal reflexão pode ter representado um avanço para a época em que foi afirmado, mas que, pensando a partir das questões relacionadas com a contemporaneidade, pode ser considerado *utópico, ultrapassado e unilateral* (p. 539). Os autores afirmam ainda que tal caráter ultrapassado se demonstra a partir da separação entre os aspectos físico, mental e social.

Conforme pontuado por Tatiana Ramminger (2008), inspirada na obra de Canguilhem (2006), a saúde pode ser caracterizada como a “*margem de tolerância às infidelidades do meio*” (p. 83), ou seja, um corpo saudável não seria apenas um corpo normal, mas normativo e ainda: “*O que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal no momento, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas*” (CANGUILHEM, 2006, p. 148 *apud* RAMMINGER, 2008).

¹⁴ “Ouvi dizer que você está perdendo peso novamente, Mary Jane/ Você já se perguntou por quem você está fazendo isso?” em tradução livre.

Nesse sentido, para a autora, a saúde pode ser entendida como um *sentimento de segurança* (p. 83), o qual ao mesmo tempo que representa uma segurança no presente, também aponta para uma certeza ao prevenir o futuro. De acordo com Ramminger, *o organismo sadio, antes da conservação, procura realizar sua natureza em expansão, enfrentando os riscos que isso comporta. “Saúde é, pois, possuir uma capacidade de tolerância ou de segurança que é mais do que adaptativa”* (CAPONI, 1997 p.294 *apud* RAMMINGER, 2008).

A partir também das contribuições de Canguilhem, Neves et al. (2017) indicam que não há uma distinção objetiva entre o normal e o patológico. Uma das principais contribuições desse autor para que pensemos de maneira ampla acerca de saúde e adoecimento é a sua percepção de que a vida é dinâmica e que, a todo momento, produz novas formas de viver a partir de ajustamentos dos corpos ao meio, nos quais é intrínseca a existência de valores considerados negativos, como a doença, o risco de morte (NEVES et al., 2017).

O patológico, sob esse aspecto, é percebido como uma forma diferente de vida e não apenas uma modificação funcional no corpo em relação ao que é considerado ‘saudável’. De acordo com Canguilhem, as doenças representam, dessa forma, outras maneiras de viver, impossibilitando que os corpos possam ser catalogados fixamente entre normais ou anormais. Como trazido por Neves (2017), cada pessoa *é uma figura da invenção biológica, exemplo vivo de um tipo de dinamismo vital que não é a produção reiterada das formas de vida dadas como possíveis. “O normal é a normatividade (instauração de novas normas) que começa com o ser vivo, e com ele advém a diversidade”* (PORTOCARRERO, 2009, p. 130 *apud* NEVES, p. 631). Ou seja, para Canguilhem, há de se pensar em um conceito de saúde amplo, que não se baseie em equilíbrio e bem-estar inalcançáveis, mas de modo a contemplar as desigualdades sociais.

Tendo por base os preceitos de Canguilhem, podemos pensar em saúde não apenas de uma perspectiva individual, ou ainda como uma forma de equilíbrio, pois sua conceituação vai muito além. Caponi (2009) ensina que *“É que a explicação orgânica de ajuste ou adaptação corresponde, desde a sua perspectiva teórica, não ao conceito de saúde, mas sim ao conceito de ‘normalidade’”* (CAPONI, 2009, p. 68 *apud* NEVES, 2017). Assim, a saúde pode ser pensada enquanto essa possibilidade de passar por problemas que atingem diretamente a vida, de forma que, ao desvincular saúde e normalidade, é relativizado o critério universalizante do modelo biomédico e dado enfoque à singularidade de cada caso. Assim, complementa o autor

O certo é que os infortúnios, assim como as doenças, fazem parte da vida humana e, por isso, são questões que não podem ser tratadas como erros e fracassos de adaptação à norma. Ter boa saúde não implica somente ter segurança contra os riscos e infidelidades do meio. Mas também a capacidade de alteração da margem de tolerância adaptativa, ampliando assim os meios pelos quais o sujeito pode interferir na realidade transformando-a conforme seus propósitos (NEVES, 2017 p. 636)

Nessa perspectiva, durante as conversas feitas para a construção deste trabalho, muitas pessoas trouxeram o que, para si, poderia ser conceituado como um corpo saudável. Tais relatos foram tão diversos quanto surpreendentes, conforme será visto adiante. Trata-se de uma demonstração tanto do que somos atravessados enquanto uma sociedade que tem nas formas corporais um lugar de destaque quanto do que estamos produzindo, na prática cotidiana, sobre o que consideramos ser o possível e desejável para viver. Relatos que trazem além da necessidade de manter rotinas de atividades físicas, dietas, exames clínicos de rotina, também a busca de marcas de roupas com números maiores e influenciadores que, em suas redes sociais, falam abertamente sobre corpos gordos. Dentre muitos, destaco estes comentários acerca do que pode ser considerado enquanto corpos ou hábitos saudáveis:

Eu acho que essa definição é uma das que precisa explodir, sobre o que é saudável. É saudável o que é possível pra você, uma expressão que eu gosto muito é o 'agenciamento de cuidado', o que você consegue agenciar enquanto cuidado é o que é saudável pra você, seja escolhendo miojo ou escolhendo um macarrão de grão de bico que custa 20 reais. Pra cada pessoa existe um conceito de saudável. Claro que existem questões estruturantes que, pra mim, influenciam no que é chamado saudável, mas isso diz muito sobre como a gente cuida da terra, seu manejo que é feito em larga escala com o uso de agrotóxicos, sobre a maneira pela qual vivem as pessoas que plantam o que a gente come, isso também precisa entrar na conta do que chamamos de saudável. Também sobre o ato de escolher o que vai comer, porque vivendo em nosso país sabemos ser um privilégio. Então é um conceito que pra mim tanto pode ser individual quanto coletivo, ou seja, existe uma dimensão individual do que é saudável, que precisa desaparecer, e entrar muito mais a questão de qual agenciamento de cuidado que mais funciona com você (MEL, 38 anos, nutricionista)

Um corpo saudável é um corpo sem limitação, pra mim. Um corpo que eu consiga correr atrás dos meus cachorros, com meus primos, brincar com as crianças. Eu trabalho com crianças pequenas, então eu percebo que, quando eu subo uma escada ou começo a brincar muito com elas, eu fico cansado. E esse cansaço eu acho que é uma limitação. As crianças às vezes correm demais e isso me cansa, eu sinto que não tenho tanto fôlego. Por exemplo, eu viajei com a minha família e, quando eu começo a caminhar, mesmo em cidades pequenas, eu vou cansando, dói as costas, as pernas. Eu queria viver num corpo sem limitações, isso que é um corpo saudável pra mim. Eu sinto que um pouco de

emagrecimento poderia me ajudar, mas acho que pra mim o problema está em achar coisas prazerosas pra fazer pra que eu possa recuperar meu alongamento, meu fôlego... porque eu entendi depois de muito tempo que meu corpo nunca vai ser magro como eu gostaria, porque minha genética não é assim, mas eu quero viver sem limitações (JOEL, 30 anos, psiquiatra).

O debate sobre saúde e doença importa para a presente pesquisa, pois está diretamente relacionado com a maneira como corpos gordos são pensados e como os cuidados em saúde oferecidos a corporalidades consideradas “em excesso” são colocados em prática. As Políticas de Finamento, conforme abordarei posteriormente, têm como pano de fundo o discurso de que corpos gordos devem ser eliminados justamente por representarem um corpo doente, que está distante de uma norma preestabelecida de pesos e medidas que configuram os corpos considerados saudáveis, de acordo com níveis predeterminados, como o Índice de Massa Corporal.

Estudos demonstram que existem controvérsias acerca da apreensão de corpos gordos enquanto uma emergência em saúde e que surgem na contramão da urgência de emagrecimento. De acordo com Ellison (2016), a pesquisa realizada por Janet Poliv e Peter Herman, cujo título era *Breaking the Diet Habit* (POLIV & HERMAN, 1983 *apud* ELLISON, 2016) foi uma das publicações precursoras nesse sentido, ao colocar em xeque a validação de dietas restritivas e denunciar os danos que podem decorrer da disseminação de tais aplicações.

Ainda nesse sentido de percepção crítica à patologização de corpos gordos, autores como Paul Campos (2004), Michael Gard e Jan Wright (GARD; WRIGHT, 2005; GARD, 2011), conforme referido por Debora Lupton (2013), trazem importantes discussões acerca de inconsistências e arbitrariedades em determinar o risco iminente direcionado a corpos gordos. Lupton (2013) destaca alguns pontos importantes acerca de tais críticas:

- 1) Ao contrário do que é disseminado em muitas pesquisas e políticas de saúde, não existe uma evidência concreta de que atualmente a população considerada obesa tenha, de fato, aumentado tanto a ponto de ser considerada uma “epidemia”;
- 2) A expectativa de vida tem aumentado gradativamente em sociedades ocidentais, apesar da crescente população “acima do peso”;
- 3) Não existem evidências que determinem que pessoas gordas estejam, de fato, em risco para problemas de saúde. Estudos estatísticos apontam que tais

complicações ocorrem principalmente em pessoas enquadradas na chamada “obesidade mórbida”, na qual o peso acarreta diretamente problemas de mobilidade, respiratórios, perda de autonomia. Alguns estudos apontam que a gordura corporal pode, inclusive, servir de proteção para pessoas mais velhas;

- 4) Não existem estudos epidemiológicos que demonstrem que a perda de peso pode, em larga escala, ser de fato benéfica para as pessoas. Muito pelo contrário, em alguns casos as constantes variações de peso podem prejudicar o funcionamento dos corpos, além de causar distúrbios alimentares e adoecimentos mentais diversos;
- 5) A gordura corporal costuma ser sintoma e não causa de problemas de saúde;
- 6) Não existe um consenso acerca da afirmação de que as pessoas na atualidade sejam mais sedentárias do que em outros momentos e contextos históricos;
- 7) É insuficiente a relação proposta entre a inatividade física e a obesidade infantil;
- 8) Não há um consenso quanto à relação entre atividade física e saúde, no sentido de que não são precisos os estudos acerca da quantidade de exercícios físicos necessários para que problemas de saúde sejam evitados.

Assim, Lupton (2013) mostra como, na prática, são nocivas as políticas sociais que dizem buscar saúde a partir de campanhas de emagrecimento e disseminação do imaginário de uma epidemia mundial de obesidade que precisa ser combatida. Com isso, a autora demonstra a necessidade de que sejam realizadas mais pesquisas acerca de como a gordura corporal impacta os corpos de maneira mais abrangente, para deixar de considerar a obesidade um risco por si só.

Nessa linha, Lindo Bacon e Lucy Aphramor publicaram uma revisão intitulada *Weight Science: Evaluating the Evidence for a Paradigm Shift* (2011), buscando compreender a real eficácia da perda de peso para a melhoria das condições de vida das pessoas a longo prazo. A partir de uma perspectiva com base no movimento *Health at Every Size* (HAES), que afirma a importância de cultivar comportamentos considerados saudáveis para pessoas de todos os tamanhos, sem ter o peso e a medida como pontos de partida. De acordo com o estudo, práticas de cuidado, especialmente da nutrição, que utilizam a perspectiva proposta pelo HAES, estão associadas a melhorias em medidas fisiológicas (como pressão arterial e contagem de lipídios), maior adesão em comportamentos saudáveis, como uma alimentação mais natural, atividade física e uma saúde mental cultivada a partir da manutenção de autoestima.

De acordo com Bacon e Aphramor (2011), precursores do movimento HAES, foram efetuados ensaios clínicos que comparavam a utilização do HAES e as perspectivas clínicas com foco apenas na perda de peso. Os autores demonstram superação de comportamentos alimentares problemáticos e uma melhor percepção de si mesmos (BACON, et Al, 2002; BACON, et. Al, 2005; CILISKA, 1998; GOODRICK ET. Al, 1998; TANCO, LINDEN, EARLE, 1998; PROVENCHER, 2009; MENSINGER, CLOSE, KU, 2009; PROVENCHER, 2009 *apud* BACON, APHRAMOR, 2011). Os autores apresentam, a partir dos principais riscos à saúde associados a corporalidades gordas, revisões que acabam por dar a tais medidas outras perspectivas. Sobre a premissa de que a adiposidade corporal representa um maior risco de mortalidade, os autores demonstram que pessoas gordas vivem tanto quanto, e muitas vezes até mais tempo do que pessoas com peso considerado normal (FLEGAL, 2005; DURAZO-ARVIZU R, 1998; TROIANO, 1996; FLEGAL, 2008, *apud* BACON, APHRAMOR, 2011). De acordo com os estudos propostos, há inclusive documentada a existência do que é chamado de “paradoxo da obesidade” (CHILDERS, ALLISON, 2010; MORSE, GULATI, REISIN, 2010), que afirma que a gordura corporal considerada em excesso é associada a uma melhor sobrevida em doenças como a obesidade, bem como está associada a uma sobrevida mais longa em muitas doenças como diabetes tipo 2, hipertensão, doenças cardiovasculares, doença renal crônica, dentre outras.

Nesses termos, Bacon e Aphramor (2011) afirmam que as associações entre corpos gordos e risco de morte quase nunca levam em consideração fatores como rotinas de atividade física, alternância de peso durante a vida e condições socioeconômicas. Porém, acreditam que tais fatores interferem diretamente nos riscos de adoecimentos e fatalidade. Sobre as constantes mudanças de peso durante a vida, de acordo com Bacon e Aphramor (2011)

A alternância de peso resulta em aumento da inflamação, que por sua vez é conhecido por aumentar o risco de muitas doenças associadas à obesidade (Strohacker K, McFarlin B, 2010). Outros mecanismos potenciais pelos quais o ciclo de peso contribui para a morbidade incluem hipertensão, resistência à insulina e dislipidemia (Montani JP, 2006). A pesquisa também indica que a flutuação de peso está associada a piores resultados cardiovasculares e aumento do risco de mortalidade (MONTANI, 2006; OLSON, 2000; FRENCH, 1994; GUAGNANO, 1999; RZEHAK, 2007). Mudanças de peso podem ser capazes de explicar a mortalidade associada a obesidade tanto no Framingham Heart Study (LISSNER et al, 1991) quanto no *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES) (DIAZ, MAINOUS, EVERETT, 2005). Pode ser, portanto, que a associação entre peso e risco à saúde possa ser melhor atribuída ao ciclo de peso do que à própria adiposidade (BACON & APHRAMOR, 2011, p. 04).

Uma outra afirmação que faz parte dessas políticas que preconizam o emagrecimento como única maneira de se produzir saúde, de acordo com Bacon e Aphramor (2001), é a suposição de que, ao perder peso, as pessoas terão mais chances de prolongar a vida. De acordo com os autores, a revisão mostrou justamente o contrário: o risco de morte prematura está diretamente associado a diversas tentativas de perda de peso. Além disso, os autores também demonstram nesse estudo que é falsa a ideia de que qualquer pessoa pode emagrecer o quanto quiser, basta ter determinação para tal, ou seja, não é verdade que só não emagrece quem não quer. A partir de pesquisas, apresentam que, além de retomarem o peso a longo prazo, a perda de peso passa a ser pequena, mesmo mantendo dietas restritivas e constantes atividades físicas no decorrer dos anos (MANN et al., 2007; APHRAMOR, 2005;2009).

É interessante refletir junto com Bacon e Aphramor (2011) quando demonstram que a perda de peso como promessa de saúde a longo prazo não passa, de fato, de uma hipótese. Não há como afirmar que a menor incidência de determinadas doenças em pessoas magras em relação a pessoas consideradas obesas garantiria que a perda de peso daria a pessoas gordas a mesma prevalência de segurança de quem nunca precisou objetivamente perder peso. Uma outra justificativa utilizada por políticas e tratamentos altamente disseminados em forma de campanhas públicas é a de que a obesidade e suas doenças relacionadas são causas diretas de gastos desnecessários para o Estado. De acordo com Bacon e Aphramor (2011), em um estudo de Finkelstein EA (2009), é demonstrado que o custo de saúde atribuído à obesidade no Estados Unidos estava estimado em US\$ 147 bilhões anualmente, o que justificaria a necessidade de investimentos em tratamentos para prevenção e eliminação da obesidade. Porém, tais estimativas, além de falhas, não levavam em consideração estilos de vida, nível socioeconômico, acesso a serviços de saúde de qualidade – questões que podem ser mais determinantes para o adoecimento do que um nível de IMC acima de 30.

Todos esses estudos demonstram que a própria percepção do corpo considerado obeso enquanto doente não é tão fixa como se costuma pensar. Importante questionar por que a imposição do emagrecimento a todo custo segue sendo a principal (e muitas vezes, a única) promessa de garantia de saúde para pessoas com corpos gordos. Não se trata de comprovar – ou negar – que, em casos específicos, o peso corporal ou a quantidade de gordura no corpo pode ser um agravante para a qualidade de vida. O intuito é compreender que a linha entre o que são corpos saudáveis *versus* corpos adoecidos é muito mais fluida do que aparenta e, mais do que isso: a medida entre saúde

versus patologia não pode ser feita levando em consideração índices fixos e comprovadamente ultrapassados, como o IMC.

Em uma publicação de junho de 2023, intitulada *Use of BMI alone is an imperfect clinical measure*,¹⁵ a *American Medical Association* (AMA) afirma que, apesar de uma aferição fácil de ser feita, é imperfeita para determinar o diagnóstico de obesidade e consequentes riscos. De acordo com o documento, o IMC pode ser uma medida questionável principalmente levando em consideração os seguintes fatores: possuir níveis considerados racistas por se basearem em dados coletados de gerações anteriores de pessoas brancas, por não considerarem diferenças como gênero e etnia em suas determinações. Além disso, o uso disseminado do IMC em espaços clínicos precisa de outros dados como quantidade de gordura visceral, índice de adiposidade corporal, circunferência da cintura, fatores genéticos ou metabólicos para uma maior precisão no diagnóstico.

Um outro ponto de reflexão trazido pela referida publicação fala sobre a utilização do IMC perder a previsibilidade quando adotada em níveis individuais. Destaca também a maneira relativa que corpos diversos em relação a raça, grupos étnicos, gêneros, faixa etária devem ser pensados em relação à quantidade de gordura nos corpos. A AMA determina a necessidade de novas pesquisas acerca da utilização desse marcador em associação a diferentes medidas antropométricas que leve em consideração múltiplos fatores de risco.

Nesse contexto, volta-se à reflexão trazida por Canguilhem sobre um conceito de saúde não fixo e relacionados com contextos e elementos múltiplos. Nesse sentido, dada a impossibilidade de determinar que corpos gordos estão necessariamente condenados à morte ou adoecimento, como podemos então pensar em práticas de cuidado em saúde que não trazem tais discursos patologizantes que muitas vezes culminam em adoecimentos, diagnósticos apressados e insuficientes e muitas vezes a morte? Concordamos com Ramminger (2008) ao se questionar sobre como as ações cotidianas enquanto profissionais de saúde podem ser normativas e não apenas normalizadoras? A autora também questiona como políticas de Estado podem ser pensadas para irem além do que ela chama de *individualização culpabilizadora da população*?

¹⁵ Link da publicação: <https://www.ama-assn.org/delivering-care/public-health/ama-use-bmi-alone-imperfect-clinical-measure>

Conforme dito anteriormente, não é pretensão deste trabalho determinar nenhuma conceituação fixa sobre o que seriam corpos saudáveis ou não, mas refletir que práticas cotidianas de cuidados em saúde oferecidos e sentidos por pessoas gordas dizem muito sobre a escassez de significados outros para a gordura corporal. Alguns movimentos já vêm sendo feitos e poderão ser melhor entendidos no próximo tópico. Nesta tese, a aposta seguirá a perspectiva teórico-metodológica que tem como base a percepção da importância das práticas na produção de realidades múltiplas (MOL, 1999, 2002, 2008, 2010) e na produção de diferenças (M'CHAREK, 2010, 2014) para pensar novas formas de cuidados em saúde a partir de uma proposta do cuidado enquanto múltiplo (MOL, 2008). A noção de Cuidados Contextuais, na contramão do que estou chamando de Políticas de Finamento, aparecerá, ao final deste estudo, como a materialização de um horizonte ético e político de afirmação da diversidade corporal enquanto possibilidade de produção de vida.

1.6 *Fat Studies* e Resistências: por uma escrita em que caiba uma mulher grande

Ser uma mulher gorda e negra, que por muitas vezes ocupou (e ocupa) o lugar de paciente em locais de cuidados em saúde já tendo vivenciado, em minha própria pele, algumas das opressões aqui descritas torna essa escrita um desafio, e mais do que isso: uma missão. Porque, como disse Glória Anzaldúa (2000), a escrita se dá na tentativa de impedir que o sangue coagule na caneta. Escrevo, assim, na tentativa de contribuir na produção científica de corpos como o meu, a partir de uma perspectiva mais acolhedora para corporalidades gordas. Além disso, ocupar esse local de produção de saber é, também, revolucionário. Dito nas suas palavras

Por que sou levada a escrever? Porque a escrita me salva da complacência que me amedronta. Porque não tenho escolha. Porque devo manter vivo o espírito de minha revolta e a mim mesma também. Porque o mundo que crio na escrita compensa o que o mundo real não me dá. No escrever coloco ordem no mundo, coloco nele uma alça para poder segurá-lo. Escrevo porque a vida não aplaca meus apetites e minha fome. Escrevo para registrar o que os outros apagam quando falo, para reescrever as histórias mal escritas sobre mim, sobre você (ANZALDUA, 2000).

Diante de todo esse cenário patologizante, muito tem sido produzido em forma de resistências e lutas sociais sobre corpos gordos. Esta escrita é, também, uma aproximação teórica com essas inspirações, como o *Fat Studies* e as produções Latino-Americanas acerca da diversidade corporal em uma perspectiva anticolonial. Antes de nos aprofundarmos um pouco mais sobre essas lutas, é essencial que se faça, ainda que

brevemente, uma localização teórica de movimentos políticos na luta antigordofobia para compreender como eles têm atuado em relação a outros já consagrados, como o(s) feminismo(s), os movimentos de luta pela despatologização das identidades trans e/ou as discussões feministas anticapacitistas.

De acordo com Luis Artur Costa (2014), os movimentos sociais podem ser classificados em: 1) Movimentos Sociais relacionados com a Revolução Francesa e com a Declaração Universal dos Direitos do Homem; 2) Novos Movimentos Sociais, representando a luta das minorias por seus direitos especialmente a partir das décadas de 1970, caracterizados pela crítica ao ideal de Homem Universal, destacando-se as especificidades de lutas identitárias como movimentos de mulheres, negros, indígenas, homossexuais, dentre outros; e 3) Novíssimos Movimentos Sociais que, a partir de meados dos anos 1990, colocam em xeque a segmentação de movimentos identitários, demonstrando uma relação híbrida entre tais marcadores. De acordo com o autor, nos Novíssimos Movimentos Sociais

Não há como dividir as lutas de negros, gays, mulheres, estudantes e outros tantos, mas tampouco há como retornar o velho modelo da luta geral de Todos em prol de um bem comum universal escrito com maiúsculas. Não há como dividir as lutas em pequenas identidades, mas tampouco há como uni-las em uma só luta e negar suas singularidades inequívocas. Resta abrir as segmentações identitárias em prol de lutas colaborativas pontuais e diversas, movimentos de transversalização sem uma unificação forçada ou uma dispersão segmentada sem diálogo e cooperação (COSTA, 2014)

Dessa forma, pode ser dito que Movimentos Sociais, por si só, são parte de debates teóricos densos e interdisciplinares. Segundo Frederico Machado (2015), tais movimentos são frutos de inúmeras discussões e também campo de estudos que remetem a fenômenos políticos diversos. Não cabe aqui um aprofundamento em tais discussões, apenas ressaltar sua complexidade e como pensamos os movimentos antigordofobia também como parte dessa gama de organizações político-sociais.

Ainda nesse sentido, de acordo com Prado (2001), o movimento social se constitui não apenas pela opressão de indivíduos sobre outros, mas a partir da percepção da necessidade de construção de novos elementos simbólico-culturais, e até mesmo de uma realidade diferente. Podemos refletir, dessa forma, que, ao questionarem os processos de patologização da corporalidade gorda, denunciarem situações vexatórias e buscarem pela constituição de novos saberes acerca desses corpos, os movimentos antigordofobia podem ser pensados enquanto parte dessa categorização de Novíssimos Movimentos Sociais.

Sobre isso, Suely Rolnik (2018) nos traz que esses novíssimos movimentos sociais se baseiam em lutas que não estão limitadas à busca de igualdade de direitos, desde uma perspectiva universalizante, mas reconhecem a importância das insurgências micropolíticas em direção a um direito que poderia ser resumido no direito de existir por si só, ou seja, o direito à vida em sua potência criadora. Tais movimentos, nas suas palavras, *com a mesma velocidade com que surgem, desaparecem, para logo ressurgir, de outro modo e em outros lugares, mobilizados por novos acontecimentos que nos instalam no intolerável* (ROLNIK, 2018).

Assim, podemos dizer que, partindo da compreensão de que é intolerável que sejam naturalizados tantos silenciamentos e mutilações de corpos gordos, tais movimentos antigordofobia foram/são formados por sujeitos diversos e com objetivos muitos, que ora parecem se aproximar, ora seguem por caminhos distintos, mas parece pulsar, em todos eles, a defesa do direito de existir, de povoar os espaços e, efetivamente, de viver de pessoas gordas. Sobre isso, Nicolas Cuello afirma:

Creo que no sólo se trata de discutir con la medicina, y disputar ese sentido común construido en la patologización de la gordura y en la industria de la dieta, sino de empujar una crítica un poco más allá, que alcance otras partes de nuestras vidas, porque nuestros cuerpos gordos no sólo se hacen presentes cuando vamos al médico. La gordofobia está presente constantemente, em todos y cada uno de los espacios que habitamos: en los objetos que nos rodean, en la ropa que nos compramos, en la vida comercial que nos acecha, en la construcción social de lo deseable por los medios de comunicación, en la construcción de las ciudades, en la circulación de la palabra, en la obtención de trabajo, y en los posibles vínculos sexuales que podemos sostener con otr*s (CUELLO, 2014 p. 38)

Na presente escrita, a gordura é abordada com um enfoque feminista não apenas por compreender que as mulheres especificamente são bastante afetadas por opressões e violências direcionadas a seus corpos e respectivas formas, mas também por entender não ser possível que o tema da gordura corporal seja pensado sem uma atenção a relações de gênero e os modos pelos quais essa questão se relaciona com suas performatividades (Butler, 1990). Na composição desta pesquisa, destaca-se uma maioria esmagadora de mulheres cisgênero que tiveram interesse em contribuir diretamente, em relação a entrevistados homens trans e cisgênero. De acordo com Naomi Wolf (2018), determinadas configurações de beleza são uma forma de controle de mulheres e aqui acrescentaria a preocupação com pesos e medidas como uma forte ferramenta de opressão e domínio.

Essa autora, considerada clássica nos estudos da gordura, afirma que o “mito da beleza” (WOLF, 2018) é o principal obstáculo de movimentos organizados de mulheres

desde meados do século XIX no ocidente. Segundo Wolf, o ideal de beleza a ser alcançado é uma crença que atribui valor às mulheres do mundo ocidental em uma hierarquia que as organiza de acordo com o padrão físico vigente, fazendo com que todas tentem de alguma forma alcançá-lo, utilizando recursos muitas vezes apropriados por homens e suas grandes corporações. A autora enfatiza, ainda, que tal mito não tem relação com mulheres e seus desejos, mas gira em torno de instituições masculinas e do poder institucional dos homens.

De acordo com Wolf (2018), desde a Revolução Industrial, as mulheres, especialmente as de classe média ocidentais, são controladas por ideais, estereótipos e o que a autora chama de “ficções” sociais, que trazem a imagem de corpos femininos ideais fortemente disseminada em uma mídia impressa e fotográfica que passa a ganhar espaço; a responsabilização de mulheres pelo zelo a uma infância perfeita de suas crias; a patologização da biologia compreendida como feminina enquanto histórica e hipocondríaca, dentre outras. A partir do momento que tais mulheres começavam a se organizar politicamente e a desmentir algumas dessas ficções, foi necessário o surgimento de uma que ocupasse um papel central na formação de subjetividades femininas: a busca incessante para se encaixar em padrões específicos de tamanho, peso, comportamento, medidas, vestimentas. Wolf (2018) denomina tal fenômeno como uma “alucinação inconsciente” e destaca que esta

Adquire influência e abrangência cada vez maiores por conta do que hoje se tornou uma manipulação consciente do mercado: indústrias poderosas – a das dietas, que gera US\$ 33 bilhões por ano; a dos cosméticos, US\$ 20 bilhões; a da cirurgia plástica estética US\$ 300 milhões; e a da pornografia com seus US\$ 7 bilhões – cresceram a partir do capital composto por ansiedades inconscientes e conseguem por sua vez, através de sua influência sobre a cultura de massa, usar, estimular e reforçar a alucinação numa espiral econômica ascendente (WOLF, 2018, p. 35).

Em outras palavras, somos mulheres vivendo em uma sociedade na qual é importante a manutenção de um corpo dentro de determinados padrões, o que responde a um ideal sexista que é característico no ocidente. Ademais, tais padrões, além de funcionarem como forma de dominação, também são mercados extremamente lucrativos, operando como uma máquina perfeita de assujeitamento e dominação em massa. Wolf (2018) ilustra também tal domínio a partir da metáfora da *Donzela de Ferro*, um instrumento de tortura medieval que consistia em uma espécie de caixão em formato de corpo, que continha em seu interior várias pontas de metal capazes de perfurar o corpo de quem era ali colocado. De acordo com a autora, as mulheres atualmente violentam a si mesmas quando questionam suas formas e tentam se

encaixar na *Donzela de Ferro de nossos tempos* (WOLF, 2018). Paralelo a isso, as mulheres que se contrapõem a tais moldes são associadas à imagem da “Feminista Feia”, como forma de silenciamento de tais movimentos.

Assim, a opressão acontece de várias formas. Pode ser sutil, na medida em que se disfarça de cuidados com a saúde e com a manutenção de uma vida considerada equilibrada. De acordo com Wolf (2018), o mito da beleza tem se aperfeiçoado de forma a impedir que as próprias mulheres percebam com clareza o quanto de energia e sanidade se perde ao tentar seguir tais normas e demandas. A autora diz que as neuroses modernas da vida num corpo feminino se espalham de mulher para mulher em ritmo, aí sim, epidêmico. Muitas das mulheres com quem conversei relatavam sofrer imposições e controles com seus corpos desde a infância, vindas de mulheres de suas convivências, como mães, tias, primas etc. De acordo com a autora, para uma total libertação desses mitos, é necessário muito mais do que organização política em passeatas e eleições com mulheres ocupando altos cargos. É preciso que se mude a forma como os indivíduos e especialmente as mulheres se veem.

Uma outra autora feminista considerada clássica nas discussões que aproximam as lutas por movimentos de mulheres com questões relacionadas com a gordura corporal é Susie Orbach (1978), que faz as conexões entre uma luta pela emancipação feminina e o sofrimento causado pela tentativa de manutenção de seus corpos dentro de um ideal de padrão de pesos e medidas. Em sua obra “A gordura é uma questão feminista”, Orbach relata como foi a sua participação em grupos de acolhimento a mulheres com compulsão alimentar. O livro trata de uma visão muito particular sobre a gordura: como, naquele momento, mulheres brancas e feministas objetivavam (consciente ou inconscientemente) engordar como forma de protesto e/ou proteção em uma sociedade que preza pela magreza compulsiva, que, nesse contexto, significava também uma outra faceta do controle de corpos femininos.

Importa dizer que, ainda que não seja o enfoque neste trabalho analisar profundamente questões relacionadas com distúrbios alimentares, é interessante pensar como a discussão acerca de corpos e medidas, naquele contexto estadunidense, estava intimamente ligada à militância feminista. O mote da obra proposta por Orbach (1978) seria na verdade um manual de emagrecimento diferente dos demais que circulavam no mercado, por compreender o comportamento patológico em relação à alimentação como consequência de uma constante luta por reconhecimento e como

negação de um controle acerca de seus corpos. Ou seja, segundo esse raciocínio, o corpo feminino gordo seria um corpo rebelde. De acordo com a própria autora:

Uma visão feminista do problema da compulsão de comer da mulher é essencial se quisermos superar o enfoque ineficaz do tipo que diz que a culpa é da vítima e o insatisfatório modelo de tratamento de adaptação. Enquanto a psicanálise fornece meios valiosos de descobrir as origens mais profundas da ansiedade, o feminismo faz questão de dizer que essas dolorosas vivências pessoais advêm do contexto social onde as meninas nascem e dentro do qual crescem e se tornam mulheres. O fato da compulsão de comer ser um problema majoritariamente feminino indica que está relacionada à vivência de ser mulher em nossa sociedade. O feminismo demonstra que ser gorda representa uma tentativa de romper com os estereótipos sexuais da sociedade. Assim, podemos entender o ato de engordar como algo preciso e intencional; é um desafio dirigido, consciente ou inconscientemente, à estereotipagem de papéis sexuais e a vivências de feminilidade culturalmente definidas (ORBACH, 1978, p. 21)

Já vimos que a história acerca da gordura corporal é diversa e vem de longe. Nesses caminhos, até aqui, temos conversado muito sobre opressões e silenciamentos. Todavia, conforme já apontado, houve/há também muita resistência que emerge e vem se consolidando em diálogo com distintas lutas políticas. De acordo com Natália Rangel (2017), o conceito de gordofobia, do inglês *fatphobia*, nasce nos Estados Unidos a partir das discussões de militantes feministas gordas que começaram a criticar as opressões e discriminações sofridas por pessoas consideradas gordas.

A pauta antigordofobia surgiu como movimento político organizado também a partir de discussões feministas acerca de corpos gordos. Um dos movimentos mais reconhecidos e documentados desse período foi o *Fat Underground*, que surgiu no início dos anos 1970, em Los Angeles, nos Estados Unidos. Era um grupo formado por mulheres dissidentes do movimento feminista, que compreenderam a necessidade de discussão sobre as opressões que pessoas gordas sofrem. Data da mesma época a criação de grupos de ativistas gordos no Canadá, sendo indicado por Jenny Ellison (2016) que tal pauta ganhou repercussão no país a partir da publicação de um artigo escrito por Lorna Boschman intitulado “*Fat Liberation: A Wages for Housework Perspective*”, que foi publicado em um jornal feminista radical, *The Other Woman*. De acordo com o artigo, a gordura corporal podia ser pensada como uma recusa ao sistema heterossexual e convocava as mulheres gordas a se unirem contra o patriarcado.



Figura 11 – foto de Twiggy, 1966. A modelo que tem os cabelos loiros e curtos e usa um vestido com flores azuis, meia arrastão branca e sapatos de boneca vermelhos, está sentada no chão de um ambiente todo branco, com as pernas cruzadas, levemente de lado. Fonte: The Telegraph, 2016.

Nessa época, ganhava destaque o padrão de beleza inspirado de maneira intensa pela estética da modelo Twiggy: extremamente magra. Um fato foi determinante para que as feministas radicais Judy Freespirit e Aldebaran, fundadoras do *Fat Underground*, conseguissem visibilidade para questões relacionadas com a gordofobia a partir de um acontecimento trágico: a morte da cantora Cass Elliot, do grupo The Mamas and The Papas.



Figura 12 – Foto da matéria de jornal contendo a nota de falecimento publicada no THE NEW YORK TIMES, em 1974.

No ano de 1974, Eliot sofreu um ataque cardíaco em Londres, durante sua turnê solo. Seu falecimento foi cercado de especulações e questionamentos, mas logo espalhou-se pela imprensa que ela havia se engasgado com um sanduíche de presunto.

A verdade é que a cantora tinha uma saúde debilitada por conta das inúmeras dietas restritivas que fez durante a vida, que culminou em uma morte precoce aos 32 anos. De acordo com a narrativa publicada por uma das fundadoras do movimento, Sara Golda Bracha Fishman, na revista *Radiance*¹⁶, em 1998, durante o evento intitulado *Women's Equality Day*, em Los Angeles, o coletivo teve a oportunidade de falar para um grande número de pessoas sobre gordofobia a partir da denúncia de violências e difamações relacionadas com a morte precoce de Cass Eliot.

Em decorrência desse trágico acontecimento, a abertura para a comunicação no evento foi essencial para que o *Fat Underground* pudesse falar abertamente para um número expressivo de pessoas acerca das opressões e violências que são direcionadas a pessoas gordas, mesmo se estas possuem visibilidade no trabalho, como no caso da cantora, ou em movimentos emancipatórios. De acordo com Fishman:

Em agosto de 1974, a comunidade feminista de Los Angeles realizou uma celebração do Dia da Igualdade da Mulher, enchendo um parque local com cartazes e cabines. Milhares de mulheres circulavam, aproveitando o sol, as multidões e a atmosfera de irmandade. O *Fat Underground* tinha um estande lá, entre muitos outros. A celebração do Dia da Igualdade das Mulheres incluiu um microfone e um palco abertos. (...) Quando chegou a nossa vez, membros do *Fat Underground*, membros do Grupo de Resolução de Problemas de Mulheres Gordas e alguns de nossos amigos subiram ao palco. Carregamos velas e usamos braceiras pretas, em uma procissão fúnebre simbólica. Lynn falou. Ela começou descrevendo a inspiração que Cass Elliot havia representado para nós, como uma mulher gorda que se recusara a esconder sua beleza. Ela terminou acusando o sistema médico de assassinar Cass e (porque eles promovem a perda de peso apesar dos perigos conhecidos) de cometer genocídio contra mulheres gordas. (FISHMAN, S. em *Life in Fat Underground*, Revista *Radiance*, 1998. Tradução livre).

Esse discurso durante o *Women's Equality Day* foi essencial para o fortalecimento do grupo, fazendo com que o movimento ficasse bastante conhecido. O grupo começou uma longa jornada de viagens pelo país inteiro para participar de eventos, programas de TV, debates com profissionais de saúde – normalmente como contraponto ao discurso patológico acerca da gordura. O grupo também participava de conferências de programas para emagrecimento e fazia falas críticas sobre os métodos durante os eventos. De acordo com Fishman (1998), uma das principais atividades do grupo era estudar profundamente artigos médicos para desmitificar as afirmações que relacionavam os corpos gordos enquanto problema de saúde pública.

¹⁶ Revista americana direcionada para o público feminino que tinha como principal objetivo ajudar a desenvolver a autoestima e o bem-estar em mulheres gordas. Ver mais em: <http://www.radiancemagazine.com>

Havia ainda, nos Estados Unidos, nos anos 1970, um movimento chamado “*Radical Therapy*”, que fazia duras críticas a terapias convencionais relacionadas com a saúde mental, preconizando uma atuação que não culpabilizasse indivíduos considerados “mal ajustados” e sim a sociedade como um todo por colocá-los nesse lugar marginalizado. Os profissionais que seguiam essa prática se orgulhavam de não terem credenciais oficiais e faziam constantes formações acerca de ativismos sociais variados. Duas das fundadoras do *Fat Underground* fizeram parte do *Radical Therapy*.

Em seu relato sobre o *Fat Underground*, publicado em 1998, Sara Fishman conta que aos poucos ela e Judy Freespirit perceberam o discurso gordofóbico que fazia parte da “*Radical Therapy*”. As duas ativistas observaram que eram preteridas na condução de formações em outros locais e que, além disso, eram constantemente silenciadas. Fishman, em um dado momento, compreendeu que tais terapeutas tinham um discurso gordofóbico similar ao apresentado pela cultura americana, com uma pitada de retórica nova: “*you are fat because you eat too much, and you eat too much because you are oppressed*” (FISHMAN, 1998).

Fishman chegou a se submeter à perda de peso para continuar exercendo uma atuação no grupo e relatou situações de violências e constrangimentos durante sua participação no coletivo. Tudo se transformou quando conheceu o trabalho de Llewelyn Louderback intitulado *Fat Power: Whatever You Weigh is Right* (1969). Tal obra continha uma série de artigos e documentos de saúde pública, frutos de pesquisas aprofundadas em várias áreas de campos da saúde, que refutavam preceitos de que corpos gordos estariam potencialmente em risco. Seu conteúdo desconstruía o preceito que até hoje coloca pessoas consideradas acima do peso como compulsivas alimentares e responsáveis pela manutenção de um corpo visto como adoecido e inapropriado. Também colocava em xeque a eficácia de dietas restritivas a longo prazo, comprovando que os casos de sucesso eram muito menos observados em um período suficiente para constatar sua eficácia. Além disso, comprovava que, diferentemente do que é disseminado por profissionais de saúde, era muito insignificante o risco de infarto e problemas cardíacos em pessoas gordas que não se submetem a tratamentos de redução alimentar constantemente.



Figura 13 – foto do grupo Fat Underground. Imagem em preto e branco com sete mulheres gordas e brancas em pé. Fonte: The Lance, 2021.

Entrar em contato com a obra de Louderback foi transformador para as ativistas, que, com base nela, foram as primeiras a falar com mais propriedade sobre o quanto uma sociedade gordofóbica era perigosa, pois colocava pessoas em risco utilizando um discurso opressor disfarçado de cuidados com a saúde. As ativistas fizeram eco ao afirmar que tais discursos alinhavam-se ao controle que é exercido sobre corpos

femininos. Para elas, estava claro que uma sociedade sexista tem como princípio o total controle de corpos de mulheres, inclusive no que diz respeito a suas medidas e peso.

Em 1973, inspiradas pela obra de Louderback (1969), as idealizadoras do *Fat Underground* publicaram o “*Fat liberation manifesto*”, que trazia pela primeira vez pautas específicas acerca da garantia de acessibilidade, despatologização de corpos gordos e uma discussão que associava o sistema capitalista às opressões sofridas por tais pessoas. Rangel (2017) disponibiliza a tradução do manifesto, conforme segue:

1. *Acreditamos que as pessoas gordas têm todo o direito ao respeito e ao reconhecimento humanos.*
2. *Estamos zangadas com o mau tratamento devido a interesses comerciais e sexistas. Esses têm explorado nossos corpos como objetos do ridículo, criando assim um mercado imensamente lucrativo que vive de vender a falsa promessa que esse ridículo pode ser evitado ou aliviado.*
3. *Vemos nossa luta como aliada de outros grupos oprimidos contra classismo, racismo, sexismo, preconceito etário (ageism), exploração financeira, imperialismo e outros.*
4. *Exigimos direitos iguais para pessoas gordas em todos os aspectos da vida, conforme prometido pela Constituição dos EUA. Exigimos igual acesso a bens e serviços na esfera pública, e um fim à discriminação contra nós nas áreas de emprego, educação, instalações públicas e serviços de saúde.*
5. *Destacamos como nosso principal inimigo a assim chamada indústria de “redução” Esta inclui clubes de dieta, spas, médicos de dieta, livros de dieta, comida de dieta, suplementos de comida, procedimentos cirúrgicos, inibidores de apetite, drogas e equipamentos de redução. Exigimos que essa indústria se responsabilize pelas suas promessas falsas, reconheça que seus produtos são perigosos à*

saúde pública, e publique estudos de longo prazo provando qualquer eficácia estatística dos seus produtos. Fazemos essa exigência sabendo que mais de 99% de todos os programas de perda de peso, quando avaliados num período superior a cinco anos, fracassam totalmente, e também sabendo dos perigos extremos e comprovados de mudanças frequentes no peso [o efeito sanfona].

6. Nós repudiamos a “ciência” mistificada que falsamente afirma que não somos saudáveis. Isso tem criado e mantido discriminação contra nós, em conluio com os interesses financeiros das empresas de seguro, da indústria da moda, das indústrias de redução, das indústrias de comida e medicamentos, e das instituições médicas e psiquiátricas.

7. Recusamos ser subjugadas aos interesses de nossos inimigos. Queremos retomar o poder sobre nossos corpos e nossas vidas. Estamos comprometidas a buscar esses objetivos juntas. (Traduzido por Lola Aronovich, 2012)

Tal manifesto logo transformou-se em uma importante ferramenta de luta por conseguir documentar algumas das principais opressões as quais estavam submetidas pessoas gordas, naquele momento. O ineditismo se deu especialmente pelo cuidado em desmistificar uma das mais poderosas maneiras de deslegitimar tais militâncias, que é o discurso médico. O grupo teve uma atuação marcante contra a venda de dietas, enfrentando pessoalmente tais discursos em encontros e eventos públicos. O Fat Underground manteve suas atividades até meados da década de 1980, até a morte de uma de suas fundadoras, Reanne, em 1983.

Falando especificamente sobre o surgimento de uma militância antigordofobia no Canadá, de acordo com Ellison (2016), é interessante perceber que diferenças culturais, linguísticas e sócio-históricas estiveram intimamente relacionadas com os tipos de ativismo que surgiram no país em meados da década de 1970. De acordo com ela, duas organizações canadenses se aliaram ao grupo norte-americano Fat Underground, que foram o LG5 e o NAAFA – *National Association to Advance Fat Acceptance*. O LG5, ou *Lesbiennes Grosses Cinq*, foi um coletivo composto por cinco mulheres franco-canadenses que se definiam como lésbicas e que traduziram, em conjunto, o “*Fat Liberation Manifesto*” para o francês, com algumas modificações. O LG5 era inspirado pela teórica francesa Monique Wittig e denunciava que mulheres lésbicas que rejeitavam mulheres gordas reproduziam opressões patriarcais, heterossexistas e capitalistas. De acordo com Ellison (2016), as ativistas do LG5 afirmavam que:

ao se recusar a reconhecer a forma como a feminilidade e a magreza contribuíram para o desempoderamento das mulheres em um sistema heterossexual, as lésbicas estavam

contribuindo para o desenvolvimento de uma classe de mulheres magras (*les minces*) que se acreditavam superiores à outra classe, mulheres gordas (*les brutos*). Assim, para LG5, as críticas à medicina e à dieta ficaram em segundo plano para desafiar o complexo de poder que produzia a opressão da gordura (ELLISON, 2016).

Ainda segundo Ellison (2016), as fundadoras do LG5 relacionaram uma baixa receptividade em utilizar a palavra *gorda* em suas publicações da mesma forma que aconteceu com a palavra *lésbica*. O grupo também observou que assuntos relacionados com diversidade corporal, beleza, nunca antes haviam sido discutidos em coletivos assumidamente feministas e lésbicos. De acordo com elas, *ao falhar em reconhecer as verdades experienciais e incorporadas de suas irmãs gordas, lésbicas e feministas perpetuaram a opressão gorda*. (ELLIOT, 2016).

De volta ao cenário norte-americano, importante destacar o trabalho de Llewellyn Louderbackn, autor do livro *Fat Power: Whatever You Weigh is Right* (1969), citado anteriormente. Nessa obra, a discussão antigordofobia era tratada também como pauta pública. Em 1967, Louderback publicou um artigo no *The Saturday Evening Post* chamado “*More people should be FAT*”, ou “Mais pessoas deveriam ser gordas”, em tradução literal. O artigo obteve um grande impacto pois foi, a partir dessa publicação, que Bill Fabrey entrou em contato com o autor e então criaram juntos o NAAFA – National Association to Advance Fat Acceptance. Segue aqui um trecho do texto de Louderback:

Nos é dito que a gordura é feia. Representa autopiedade e até mesmo é considerada imoral. É certamente não americana – para o conselheiro de Aptidão Física do Presidente declarar uma guerra contra ela. É dito para crianças nas escolas que pessoas gordas comem para suprir seus sentimentos de inferioridade, insegurança e inadequação sexual. Gordura não é saudável; na verdade, é suicida. Tenho certeza que isso tudo faz sentido para pessoas naturalmente magras. Mas essas afirmações não fazem nenhum sentido quando aplicadas a pessoas realmente gordas. Americanos, como uma pesquisa de Yale trouxe recentemente, estão presos a uma cultura que valoriza a magreza. Nunca antes uma minoria tão grande, com uma estimativa de 20 milhões de pessoas consideradas acima do peso, uma em cada dez habitantes, aceitou a visão da maioria acerca de si mesmo sem o mínimo protesto. Nunca antes tantas pessoas são intimidadas a emagrecer, existe uma estimativa que aproximadamente 10 milhões de americanos estão fazendo algum tipo de dieta (...) existe algo sinistro nessa loucura anti-gordura que dominou esse país recentemente. Na cultura americana, com todos os ideais liberais, parece querer forçar o aceite de um modelo único de corpo, mesmo para aqueles que têm uma corporalidade diferente. A pressão para o emagrecimento é intensa. Uma pessoa acima do peso pode confirmar isso – e eu falo, a partir da minha experiência pessoal, que estou bem apesar do que a norma fala sobre meu corpo (LOUDERBACK, 1967, *'More people should be FAT'* – tradução livre)

O NAAFA – *National Association to Advance Fat Acceptance* surgiu nos Estados Unidos em 1969 e foi a primeira organização da sociedade civil que teve como objetivo

central a garantia de direitos para pessoas gordas. Tem como foco a busca de uma sociedade na qual corpos de todos os tamanhos possam ter uma vida digna, garantindo ferramentas de empoderamento para pessoas gordas a partir de atividades de *advocacy*, educacionais, dentre outras ações. Desde então, o grupo tem um trabalho que visa a uma sociedade livre de gordofobia e tolerante a todos os tipos de corpos. Em seu website,¹⁷ qualquer pessoa pode ter acesso a inúmeros materiais acerca de legislações, eventos organizados e participações em espaços públicos, mídia, seminários acadêmicos que tratem diretamente sobre corpos gordos. Possui uma abordagem abrangente em sua luta contra a estigmatização de pessoas consideradas acima do peso, trazendo discussões sobre acesso a tratamentos de saúde, proteção de crianças acima do peso do estigma e violências no ambiente escolar e garantia de empregabilidade a pessoas gordas. A organização tem como lema: *We Come in All Sizes... Understand it. Support it. Accept it*¹⁸.

Importante ressaltar que o NAAFA também teve representantes no Canadá, mas com uma atuação não tão importante quanto nos Estados Unidos. Como afirma Ellison (2016), o grupo se formou logo em seguida da emergência do acima citado LG5, mas não atuaram conjuntamente. A NAAFA canadense encontrou dificuldade em uma representação de maneira nacional, dadas as diferenças linguístico-culturais entre franceses e anglófonos e extensão geográfica do país, especialmente.

Um ponto que merece destaque sobre o contexto canadense é o fato de ter existido, naquele momento, uma relação próxima entre ativistas gordos, ativistas relacionadas com a saúde da mulher e iniciativas dos campos da saúde custeadas pelo governo. De acordo com Ellison (2016), isso foi fundamental para a realização de uma pesquisa feita por um grupo de pesquisadores e ativistas de Toronto, promovida pela *University of Toronto Mississauga*. O estudo, assinado por Janet Polivy e Peter Herman e intitulado *Breaking the Diet Habit (1983)*, foi importante por desafiar o culto de dietas, demonstrando a ineficácia de programas de perdas de peso e, mais do que isso, alertando para o risco de saúde em relação à manutenção de um peso estável durante a vida. Outra publicação da época a ser considerada foi a feita por David Garner (1980), pela *Clarke Institute/ University of Toronto*, com uma dimensão sociocultural sobre peso corporal, incluindo o “*Cultural Expectations of Thinness in Women*,” que trata da *evolução gradual, mas definitiva, em direção a formas corporais “ideais” mais magras para as mulheres, bem*

¹⁷ Endereço virtual do NAAFA: <https://naafa.org/>

¹⁸ Em tradução livre: Temos todos os tamanhos... Entenda. Apoie. Aceite.

como uma crescente preocupação cultural com a dieta (GARNER et al. 1980, 489 *apud* ELLISON, 2016).

No contexto norte-americano, o grupo feminista *Fat Underground* e o NAAFA, foram (e no caso do segundo, ainda é) os principais movimentos que tiveram visibilidade acerca das pautas de pessoas gordas. A atuação de ambos foi influenciada pelo momento político propício à organização de grupos com pautas específicas, embora existam algumas distinções evidentes entre as perspectivas. Sara Fishman (1998) afirma que os dois movimentos chegaram a trabalhar juntos em muitos momentos, mas que a perspectiva feminista do *Fat Underground* foi alvo de muitas críticas de outros participantes, especialmente dos homens. Seguiram com a mesma agenda, mas com abordagens e perspectivas distintas e tiveram, cada um a seu modo, a tarefa de inaugurar a discussão desses temas para a população americana de uma forma mais organizada.

Com a disseminação das principais pautas de movimentos políticos com a militância antigordofobia, tais discussões estavam cada vez mais presentes em países do norte global, especialmente Estados Unidos e Canadá, em meados da década de 1970, o que propiciou o surgimento de movimentos sociais e acadêmicos em torno de corpos gordos que ficaram conhecidos como *Fat Studies* (CAHNMAN, 1968; ALLON, 1981). Conforme indicado por Deborah Lupton (2013) em seu importante livro intitulado *Fat*, é possível classificar tais debates sobre a gordura corporal em abordagens distintas, tais como:

- Antiobesidade: discussões que defendem a ideia de que a gordura corporal em excesso, de acordo com as medidas do Índice de Massa Corporal (IMC), é uma questão sanitária e deve ser compreendida como uma epidemia que precisa ser combatida.
- Biomédico-crítico: não parte da ideia da obesidade como epidemia, já que compreende que pessoas gordas não necessariamente estão doentes. Porém, considera que sujeitos classificados dentro do que se conhece como “obesidade mórbida”, de acordo com as medidas estipuladas pelo IMC, podem ser consideradas em risco, apesar de compreenderem o sobrepeso como um sintoma e não uma doença. É uma perspectiva que postula, além disso, que dietas restritivas podem ser nocivas e que a disseminação de discursos antiobesidade faz parte de uma estratégia de consumo de remédios, dietas e diversos produtos

comercializados e produzidos pela indústria farmacêutica e outros mercados relacionados com o emagrecimento.

- Libertários céticos: compreendem campanhas e movimentos impulsionados pelo Estado para emagrecimento da população como paternalistas, defendendo a liberdade de escolha dos cidadãos acerca da gestão de seus corpos.

- Estudos críticos sobre peso e corpos gordos (*Fat Studies*): estudos interdisciplinares que pensam os discursos antiobesidade como um conglomerado de interesses, forças, poderes que fazem parte do contexto sócio-histórico de cada sociedade. Aqui, pensa-se muito a partir do biopoder e construções sobre saúde/doença das populações.

- Ativismo gordo: a principal bandeira de tais ativistas é a desconstrução da abordagem patológica e estigmatizadora de corpos gordos e a defesa da diversidade corporal como parte da condição humana. Os interesses aqui estão tanto na mudança do que se pensa e diz sobre a gordura como também na garantia de espaços públicos e acessibilidade para todos os corpos.

Como afirma Charlotte Cooper (2008) em seu texto intitulado “*What’s fat activism?*”, o surgimento dos *Fat Studies* enquanto um campo acadêmico foi um importante conquista de décadas de militância, desde os anos 1960 até a chegada do século 21. Com uma abordagem diferente de pesquisas e trabalhos nas áreas biomédicas, que tendem a trazer discursos patologizantes à gordura corporal considerada em excesso, como por exemplo o *Liverpool Obesity Research Network na University of Liverpool*, os *Fat Studies* fazem questionamentos a essa visão, a partir de pesquisas interdisciplinares que buscam justiça e melhores condições de vida a pessoas gordas.

Destaco aqui algumas obras clássicas desse campo de estudos: *Education, Disordered Eating and Obesity Discourse*, de Evans et al. (2008), *Men and The War On Obesity*, de Monaghan (2008), *The Fat Studies Reader*, de Solovay and Rothblum (2009), *Fat Studies In The UK*, de Tomrley and Kaloski (2009) e muitos outros autores e autoras. Alguns dos eventos mais importantes na área foram: *The Popular Culture Association gathering* (New Orleans, 2009), *Fat and The Academy* (Northampton, Massachusetts, 2006), *Fat Studies UK* (Nova Zelândia, 2012 e 2016) e *Bodies of Evidence: Fat Across Disciplines* (Cambridge, 2007); além de discussões online como *Fat Studies UK*.

As discussões acadêmicas a respeito da gordura corporal transitam entre a patologização de suas medidas e a defesa da possibilidade de viver acima do peso considerado “normal”. Uma pesquisa na plataforma PubMed, a partir do descritor “Fat Body”, indicou um total de 127.988 trabalhos, especialmente da Medicina, Enfermagem e Nutrição. Na mesma plataforma, uma busca por “Fat Phobia” trouxe apenas 93 trabalhos, discutindo acerca de opressões sofridas por pessoas gordas nessas áreas.

Conforme aponta Denise Sant’Anna (2015), o *Fat Studies* é um conjunto interdisciplinar de trabalhos acadêmicos que têm como principal norte o ativismo que defende direitos e a garantia de dignidade de gordos e pessoas consideradas obesas. Esta tese se coloca como parte da discussão crítica chamada por Lupton (2013) de *Fat Studies*, por compreender que estamos também produzindo conhecimento acadêmico acerca desses corpos e, ainda, construindo uma crítica ao local patológico e limitante em que esses são pensados na sociedade. Na publicação *The Fat Studies Reader*, editado e organizado por Esther Rothblum, Sondra Solovay e Marilyn Wann, é descrito com maestria como esse campo de estudos se configura como uma importante ferramenta para a produção de novos saberes acerca da gordura nos corpos e a diferença crucial entre a perspectiva ética do *Fat Studies* e tudo que tem sido disseminado, especialmente pelas ciências médicas, acerca de nossos corpos. Conforme Wann (2009):

Como um novo campo interdisciplinar de investigação intelectual, os estudos de gordura são definidos em parte pelo que não é. Por exemplo, se você acredita que pessoas gordas podem (e devem) perder peso, então você não está fazendo estudos de gordura de acordo com o Fat Studies - você faz parte da indústria de perda de peso que ganha cerca de de \$ 58,6 bilhões por ano com seus clientes (Marketdata Enterprises, 2007). Se você acredita que ser gordo é uma doença e que pessoas gordas não podem desfrutar de boa saúde ou vida longa, então você não está fazendo parte desse campo também. Em vez disso, sua abordagem está alinhada com as de pesquisadores da "obesidade", cirurgiões bariátricos, funcionários da saúde pública que declaram "guerra contra a obesidade" (Koop, 1997) e o complexo industrial médico-farmacêutico que lucra com as tentativas perigosas de "curar" corpos diferentes (mais sobre "obesidade" mais tarde). Se você acredita que o corpo magro é inerentemente bonito e que gordura é obviamente feia, então você também não está fazendo estudos de gordura de acordo com o Fat Studies. Em vez disso, você está voltado para o reino da publicidade, da mídia popular ou dos tipos mais derivados de arte visual - em outras palavras, propaganda. O Fat Studies é um campo radical, no sentido de que vai à raiz dos problemas relacionados ao que se acredita em torno do peso e medidas corais. (WANN, 2009, p. 13)

Nesse sentido, o *Fat Studies*, que tem como inspiração os estudos raciais, feministas e queer (SOLOVAY; ROTHBLUM, 2009), caracteriza-se por ser um campo de estudos interdisciplinar que exerce diversas críticas a estereótipos e à patologização da gordura corporal, bem como à diversidade corporal como um todo. Tal campo de estudos

demonstra a problemática da utilização do termo “obesidade”, por remeter a um termo cunhado pelos saberes médicos, os quais se utilizam de diagnósticos para materializar o processo de medicalização da diversidade humana. De acordo com Solovay e Rothblum (2009)

Medicalizar a diversidade inspira uma busca equivocada por uma “cura” para as diferenças que ocorrem naturalmente. Longe de gerar simpatia pelos gordos, a medicalização do peso alimenta o preconceito anti-gordura e discriminação em todas as áreas da sociedade. As pessoas pensam: se pessoas gordas precisam ser curadas, deve haver algo errado com eles. As curas devem funcionar; se não o fizerem, é culpa do gordo e licença para não empregar, namorar, educar, alugar, vender roupas fazer um exame médico, ver na televisão, respeitar ou dar boas-vindas a essas pessoas gordas na sociedade (SOLOVAY; ROTHBLUM, 2009)

Tal campo de estudos serviu como inspiração para a criação do importante movimento Health at Every Size (HAES) ou Saúde em Qualquer Tamanho, em tradução livre. O HAES é uma abordagem profissional e, atualmente, uma comunidade que conta com profissionais da nutrição e outras áreas médicas. Surgiu nos Estados Unidos e tem como missão a promoção de saúde e bem-estar físico e psicológico sem priorizar o peso e medidas dos pacientes. De acordo com Deb Burgard (2009), no artigo *What Is “Health at Every Size”?*, tal campo enfatiza a importância da autoaceitação e a prática de atividades consideradas saudáveis, sem ter como objetivo a prescrição de dietas restritivas e a perda de peso.

Assim, o *Fat Studies* configura-se como um importante disseminador do que ativistas chamam de “epistemologia gorda” e tem se fortalecido na atualidade. Uma importante prova disso foi a realização, entre os dias 18 de junho e 8 de julho de 2020, de forma *online*, da conferência intitulada *Fat Studies New Zeland*. O evento, antes pensado para ser sediado na *University of Auckland*, foi reconfigurado para as plataformas *online* por conta da pandemia de COVID-19. Contou com 33 palestrantes de 11 países, especialmente Nova Zelândia, África do Sul, Polônia e Canadá. Teve participantes de 24 países ao redor do mundo, incluindo Argentina, Austrália, Dinamarca, Egito, Japão, Índia, Polônia e Islândia e um total de 400 inscritos, mais 25 bolsas de participação.



Figura 14 - Logo do Evento de 2020.

Tive a honra de participar das palestras como ouvinte, bem como acompanhar as discussões síncronas nas redes sociais dos palestrantes e grupos em Facebook do evento. Pude perceber o quanto tais discussões se ampliam e englobam cada vez mais elementos para pensar não apenas a gordura corporal, mas os mais diversos marcadores de diferenças corporais. Além da defesa da despatologização de tais corporalidades, especialmente nos discursos médicos, outros temas foram discutidos, desde moda, cultura POP, raça/etnia, sexualidade, teoria queer e feminismos, dentre muitos outros.

Na fala ao final do evento de 2020, a pesquisadora, podcaster e ativista Cat Pausé (uma das principais organizadoras do evento), intitulada *Fattening Scholarship: The Future of Fat Studies*, além de trazer agradecimentos e informações acerca do alcance do evento, mesmo com a mudança repentina para o formato online, trouxe importantes desafios tanto para o campo de estudos relacionado com a gordura corporal quanto à própria produção de conhecimentos da área das Humanidades, especialmente para as que historicamente criticam determinados preceitos conservadores em sociedades ocidentais. Frisou a falta de incentivos financeiros a essas pesquisas e o crescente fortalecimento de neoconservadorismos que questionam o saber científico e mais diretamente saberes relacionados com estudos de gênero, queer e diversidades em geral. Inúmeras críticas conservadoras e preconceituosas estão sendo feitas por estudiosos do mundo inteiro, especialmente nos Estados Unidos, ao *Fat Studies*, com o objetivo de deslegitimar tudo que o campo vem produzindo nas últimas décadas.

Cat Pausé, na ocasião, sinalizou a importância dos ativismos gordos e a disseminação de suas lutas nas redes sociais como importantes aliados do *Fat Studies* e para o fortalecimento desse campo de estudos. Também enfatiza a diferença ética entre estudos que se debruçam sobre a gordura com viés pautado pela patologização – os

estudos da obesidade – e as pesquisas propostas pelo *Fat Studies*, colocando-as enquanto opostas. A autora é pragmática ao dizer que os “estudos da obesidade” têm como objetivo a erradicação de corpos gordos.

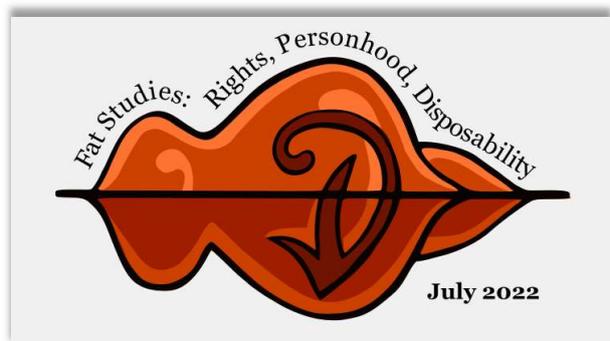


Figura 15 - Logo do Evento Fat Studies: Rights, Personhood, Disposability de 2022.

A última edição do *Fat Studies New Zealand 2022*, que prometia ser revolucionária por contar com maiores interlocuções com o Sul Global a partir da participação de pesquisadoras da América Latina e outros países, acabou por ser marcada por uma enorme perda: em março de 2022, uma das principais organizadoras do evento e um dos maiores nomes do *Fat Studies* como um todo, Cat Pausé, faleceu repentinamente. Sua partida deixou uma grande lacuna no campo de estudos no qual esta escrita também se inspira diretamente. Porém, mesmo diante do luto, a organização decidiu dar continuidade ao evento, como forma de homenagem e respeito à trajetória dessa grande pesquisadora. O evento aconteceu também de maneira online, entre os dias 6 e 8 de julho de 2022, contando com palestras de pesquisadores de várias partes do mundo, sendo uma delas dedicada exclusivamente a conversar sobre a produção brasileira de trabalhos relacionados com a gordura corporal. Uma das principais palestrantes do evento foi a pesquisadora argentina Laura Contrera, que apresentou ao mundo o que tem sido feito na América Latina, em especial na Argentina, em relação a pesquisas e ativismos para a população gorda.



Figura 16 - foto de Cat Pausé. A ativista, uma mulher branca com os cabelos lisos e castanhos, abaixo dos ombros. Ela está usando um cordão com um pingente escrito “Fat”, fones de ouvido grandes e está levemente atrás de um microfone. Fonte: RNZ, 2022.

A construção deste projeto de tese é aliada a essa constatação de que políticas de combate à obesidade tem como objetivo final a destruição de corpos gordos. O mote central da nossa afirmação de que elas constituem, na realidade, *Políticas de Finamento* de corpos, conforme será desenvolvida

em um outro capítulo, consolida-se na compreensão de que possuem, como meta central, a perda de pesos e medidas irrestritamente, o que culmina na própria impossibilidade da existência plena e saudável de vidas gordas.

Infelizmente, a morte de um dos principais nomes do *Fat Studies* foi também representativa de como o caminho para a solidificação do campo de estudos ainda precisa se fortalecer contra o preconceito e a deslegitimação promovida pela mídia e pesquisadores de áreas relacionadas com a medicina e afins. De acordo com matéria publicada pelo site Radio New Zeland, em abril de 2022, intitulada *Fat studies academic Dr Cat Pausé's work ridiculed online days before her death*¹⁹, houve uma ridicularização do evento de 2020 supracitado, feita por um dito humorista norte-americano chamado Crowder, que, através de um vídeo na plataforma Youtube, afirmou que participou como “infiltrado” no evento²⁰. De acordo com a matéria, os comentários do vídeo seguiam o tom crítico ao trabalho de Cat Pausé, bem como ao campo de estudos da gordura corporal, mesmo após a morte da pesquisadora, que havia sido recentemente noticiada.

A matéria também traz o relato da ex-representante do *Tertiary Education Union Massey*, Heather Warren, no qual ela diz, em tradução livre: “Muito da pesquisa de Cat é sobre como corpos gordos e pessoas gordas são desumanizadas em nossa sociedade, e os comentários online vão além para validar que mesmo na morte, pessoas gordas são desumanizadas pela sociedade e discriminadas”. Além disso, ela relata que diversos comentários violentos e gordofóbicos direcionados a Cat e sua pesquisa foram feitos em postagens de pessoas que divulgaram em suas redes a perda da parceira de trabalho e amiga.

Iremos nos aprofundar um pouco mais nos próximos tópicos com propostas de atuação profissional que tenham como objetivo a garantia de bem-estar, independentemente do peso, como a HAES e outras. Interessante refletir, nesse momento, que somente a partir da criação de um campo de estudos crítico à constante afirmação de corpos gordos enquanto doentes, graças à organização política de pessoas gordas, é que se torna possível considerar e, atualmente, propor estratégias de cuidados e percepções mais inclusivas, múltiplas e menos estigmatizantes no que se refere à diversidade corporal.

¹⁹ Link da matéria: <https://www.rnz.co.nz/news/national/464594/fat-studies-academic-dr-cat-pause-s-work-ridiculed-online-days-before-her-death>

²⁰ De acordo com o humorista, como tentativa de deslegitimar o campo de estudos, enviou um trabalho no qual fazia uma falso relato de assédio sexual.

Reconhecemos, dessa forma, a importância dos *Fat Studies* para a disseminação da ideia de que vidas gordas são possíveis e do fortalecimento, especialmente acadêmico, de uma epistemologia gorda, que se caracteriza pela construção de saberes, teorias e pesquisas feitas por pessoas gordas acerca de seus próprios corpos. Porém, cabe ressaltar que tais discursos e produções ainda são predominantemente disseminadas em países do norte global. Apesar disso, é necessário ressaltar que muito tem sido produzido na América Latina acerca da gordura. A militância antigordofobia latino-americana, bem como a produção acadêmica que tem surgido, tem a característica de estar fortemente ligada a discussões acerca da superação do colonialismo branco europeu, inclusive dentro da defesa de outras corporalidades, como a gorda, e um resgate a ancestralidades étnicas não brancas.



Figura 15 imagem de uma manifestação do Gordx - Argentina. Fonte: rede social Laura Contreras

De acordo com constanzx castillo, em sua obra *La Cerda Punk: Ensayos desde un feminismo gordo, lésbico, antikapitalista y antiespecista* (2014), existe uma vasta referência acerca da gordura corporal em inglês e distribuída entre o que a autora chama de “países do norte”. Como vimos, o *Fat Studies* é um campo de estudos crescente e academicamente

reconhecido, porém as publicações estão, em sua maioria, indisponíveis para quem não tem fluência nessa língua. De acordo com a autora, a importância em se desenvolver um ativismo latino-americano tem suas razões:

Creo importantísimo construir historia desde nuestra ubicación geopolítica, porque las fronteras, por muy creadas por la colonización que estén, forman diferencias contextuales necesarias de vislumbrar para detener la universalización de hacer política y la homogenización de las mismas cuerpos y experiencias. No es lo mismo ser gorda em estados unidos que en Latinoamérica (castillo, 2014, p. 50)

Uma outra importante voz do ativismo gordo latino-americano é Laura Contrera, de Buenos Aires, Argentina. Contrera é uma escritora, ativista, advogada e professora de Estudos de Gênero na Universidad Nacional de General Sarmiento. Criadora do

Gordaz!ne e uma das organizadoras do *Taller de Políticas Gordas*, um importante movimento de ocupação das ruas, compartilhamento de escritos e eventos que discutem a favor das corporalidades gordas.

Cabe destaque o livro *Cuerpos Sin Patronos: Resistências desde las geografías desmesuradas de la carne* (2016), organizado por Laura Contrera e Nicolas Cuello, que traz diversos temas relacionados com a diversidade corporal, desde sexualidades, identidades queer e corpos gordos, em uma perspectiva de defesa da despatologização das corporalidades dissidentes. No artigo *Podemos Lxs Gordxs hablar? Activismo, imaginacion y resistencia desde las geografías desmesuradas de la carne*, Nicolas Cuello afirma que, desde o início, o ativismo gordo esteve vinculado a países de primeiro mundo, no qual existem maneiras diferentes de se pensar o consumo de bens, serviços e alimentação. Na América Latina, o acesso à distribuição e à produção do alimento se dão por vias que muitas vezes estão relacionadas com a pobreza extrema, má distribuição e pouca diversidade.

Nesse sentido, o autor questiona *Como são os corpos gordos do sul?* E numa tentativa de resposta, propõe a reflexão acerca de um sistema sociopolítico em países da América Latina no qual o alimento é um privilégio, e as formas de consumo de comida são determinadas, muitas vezes, pela possibilidade de compra de cada família, sendo em muitos casos escassos e pobres de nutrientes. Dessa forma, a gordofobia, em países do sul, está diretamente relacionada com a desigualdade econômica, criminalização da pobreza e estigmatização e apagamento de manifestações e corpos nativos e/ou não brancos.

Nesse contexto, a questão étnico-racial tem ganhado cada vez mais destaque nas discussões acerca da gordura corporal em movimentos latino-americanos. Durante o *GRR Gordes, Resistencia y Rebeldia - I Er Encuentro De Activismos Gordes Del Abya Yala Y La Diáspora Africana*, que aconteceu em 2019, e do qual participei ativamente, ocorreram importantes discussões acerca da predominância branca em espaços de militância, especialmente vindas de países do norte global. Porém, ainda que se reconheçam as opressões e os silenciamentos epistemológicos de corpos gordos negros e indígenas, espaços de ativismos antigordofobia na América Latina ainda são compostos majoritariamente por pessoas brancas, acadêmicas e de classe média.

Aqui, concordamos com Jimenez (2020) sobre a particularidade da militância gorda latino-americana por considerar as interseccionalidades de etnia, raça e classe

social. De acordo com a pesquisadora, é um ativismo múltiplo e visa buscar lutas que contemplem as diversas mulheres com seus distintos corpos dissidentes, tendo como ponto central a gordura. No Brasil, os ativismos relacionados com a gordura corporal também são múltiplos e têm nas redes sociais o seu campo mais atuante. No Instagram, perfis como o da educadora física Ellen Valias (@atleta_de_peso) e o da modelo Luana Carvalho (@lxccarvalho) discutem sobre negritude, esportes e gordofobia em suas postagens e também somam muitos views e seguidores.

Figura 16 Perfil do Instagram de Luana Carvalho. Na foto, ela sorri e está com os cabelos cacheados soltos na altura dos ombros.



Figura 17 Foto publicada no Instagram Atleta de Peso. Na imagem, quatro pessoas estão jogando basquete numa quadra externa: três homens e uma mulher, a dona do perfil. Ela, uma mulher negra e gorda, segura a bola e se prepara para um arremesso.

De acordo com Jimenez (2020), a diferenciação entre “gordo maior” e “gordo menor” é algo que pode ser pensado como uma discussão que emergiu na militância anti-gordofobia brasileira. Segundo a autora, com o crescente surgimento de perfis e marcas que trazem o debate sobre o corpo gordo, o mercado direcionado a esse público também tem crescido consideravelmente. Entretanto, nesses perfis, existem determinados corpos mais “rentáveis”, que são os corpos gordos menores, ou seja, um manequim de no máximo 50. Natália Rangel (2018) também aponta que tais categorias foram criadas para que fosse demonstrado de modo mais explícitos que alguns corpos gordos são mais oprimidos que outros. De acordo com ela, é uma discussão que se assemelha àquela de

colorismo que existe na militância negra, na qual quanto mais escura a cor da pele, mais estigmatizada é a pessoa. Ou seja,

O mesmo aconteceria com as pessoas gordas maiores. Há a preocupação no ativismo gordo de que este seja tomado pelas pautas das gordas menores, excluindo as pautas das gordas maiores que já são mais marginalizadas pela sociedade. Mas como é feita essa classificação? A variedade de corpos gordos é muito grande, o que dificulta a definição. Outra preocupação dentre ativistas gordas/os é de que o próprio ativismo acabe excluindo pessoas que se consideram gordas a partir de outro sistema de classificação criado por eles/as mesmos/as. (RANGEL, 2018, p. 74).

A preocupação em desconstruir o discurso patológico acerca dos corpos gordos é algo que também faz parte das pautas de muitas ativistas gordas no Brasil. A já citada Ellen Valias, cuja página nas redes é @atleta_de_peso, e a também ativista e professora de Yoga Vaness Joda trazem em suas redes a discussão da inclusão de pessoas gordas nas práticas esportivas, que muitas vezes são entendidas como meramente direcionadas para a perda de peso. Estão encabeçando um projeto intitulado “Academia Gorda”, ainda em processo de divulgação, que se propõe a ser um espaço dedicado ao incentivo e prática esportiva exclusivamente para pessoas gordas. Importante ressaltar que a escrita desta tese está inscrita na produção latino-americana antigordofobia, por compreender as intersecções de raça, classe e colonialidade que são atravessados nesse debate.

Além disso, muitas dessas pessoas com maior alcance de público em suas redes denunciam situações de violência sofridas por pessoas gordas, fazem relatos de experiências pessoais e utilizam seu espaço virtual para a conscientização do público em geral acerca da causa. Muitas pautas discutidas demandam que os corpos gordos não sejam pensados, *a priori*, como adoecidos e denunciam as negligências sofridas por pessoas dentro de consultórios e serviços médicos. Porém, percebe-se ainda uma discussão tímida acerca de garantias de cuidado para corpos gordos que adoecem e das possibilidades de tratamento e abordagens mais inclusivas e respeitosas. Pensando nesse hiato é que também apostamos na importância desta pesquisa: pessoas gordas também adoecem e, quando isso acontece, que tipos de cuidado serão ofertados a elas?

A patologização de corpos gordos, a partir da atribuição de níveis considerados aceitáveis – ou não – de gordura corporal, deixa corporalidades como a minha e de tantas outras pessoas que conversei durante a pesquisa vulneráveis a humilhações, negligências e desatenção em espaços de cuidado em saúde que extrapolam as paredes de consultórios médicos, enfermarias e espaços clínicos. Sob a justificativa de “cuidar da nossa saúde”, somos interpelados, durante a vida inteira, pelo imperativo de

emagrecimento como única possibilidade de bem-estar possível. Perder pesos e medidas torna-se não apenas uma obrigação consigo mesmo para a garantia de uma vida saudável, mas também como uma promessa única de futuro para uma vida considerada aceitável: *quando eu emagrecer vou arrumar um emprego, encontrar um relacionamento amoroso, serei admirada*, dentre muitas outras projeções de futuro “perfeito” pós-perda de peso.



Figura 18 - Ilustração de Mila. No desenho encontra-se um braço no qual a mão está segurando uma bomba artesanal em chamas. Ao longo do braço em questão, está escrito “La revolucion empieza en el proprio cuerpo” como se fosse uma tatuagem.

Levando em consideração tanto a minha trajetória de vida quanto as histórias compartilhadas comigo para a produção desta escrita, entendemos que muito ainda precisa ser feito para que pessoas gordas se sintam de fato cuidadas e seguras em espaços de cuidado em saúde. Importa destacar, até aqui, que não há como definir a militância latino-americana como única ou classificá-la definitivamente, posto que são muitas expressões políticas que tratam da gordura corporal e respondem a objetivos diversos: desde mercadológicos àqueles relacionados com o empoderamento, com viés feminista, anarquistas, LGBTQ+, negros, dentre muitos outros. Aqui, mais do que nunca, devemos colocar a necessidade de se pensar acerca das interseccionalidades (CRENSHAW, 1991) e as múltiplas situações de opressão e desigualdade social que atravessam as pessoas que compõem esses coletivos.

Além disso, são ativismos em constante movimentação, que estão conquistando espaço e voz gradativamente. Com presença constante em redes sociais e se inserindo cada vez mais no meio acadêmico, nos mais variados campos de estudo, aliando-se a

discussões diversas acerca da diversidade corporal, os corpos gordos estão progressivamente construindo novas formas de serem vistos em nossa sociedade e garantindo diferentes espaços de fala. Este trabalho também se inscreve nessa tentativa de produzir outros saberes em defesa das diversidades corporais, ao pensar outras possibilidades de cuidado e saúde voltados a corpos gordos.

1.7 Sobre temporalidades e gordura corporal: a construção do objeto

Ao compreender um pouco mais sobre como corpos gordos foram sendo significados e materializados no decorrer dos séculos, como possibilitado a partir de tudo que foi discutido até agora, é possível tomá-los a partir do uso que Amade Mchareck (2014) faz do conceito de *folded objects* (objetos dobrados). Segundo a autora, os objetos encenam o tempo e, a partir de suas dobras, nos possibilitam compreender a relação entre a história com sua potencialidade política no tempo presente.

Ou seja, ao pensar a gordura corporal como um *objeto dobrado* (em tradução livre), fica evidente que aquilo que relaciona tais corporalidades enquanto corpos “imorais”, “moles”, “frios”, “doentes”, dentre outros, é tão antigo quanto atual, mas nunca completamente superado. Para Mchareck (2014), os objetos, para além de encenações espaciais, reúnem em si muitos lugares e tempos. Assim, ao propor uma atenção especial à temporalidade, não se trata de contar uma história linear com começo, meio e fim, mas demonstrar que as controvérsias que fazem parte da história dos objetos não se encerram, mas se atualizam e ressurgem de muitas formas.

Partindo desse princípio de dobra, podemos nos perguntar: como é possível caracterizar, atualmente, o que é um corpo gordo? Será que um diagnóstico clínico é o suficiente para descrever as infinitas formas de habitar o mundo? Como as definições desumanizantes acerca de corporalidades gordas se dobram nesse momento, e como interagem com novas tecnologias e diagnósticos. Corpos como o meu, o de Sarah e de tantas outras seguem sendo atravessados por violências relacionadas com hierarquias de raça e classe social. Ainda que eu não tenha sido exposta, tocada e violada publicamente como uma atração circense como Sarah, seria o meu próprio corpo entendido como de categoria inferior em relação a outros? No afã de tentar encontrar algumas respostas, trago as palavras de Nicolas Cuello (2022):

Gordxs somos aqueles que somos nomeados em cada um dos espaços em que transitamos, em todas as cidades do mundo, em cada objeto de vida cotidiana que nos rodeia, nos lembram nossa forma, e especialmente, nos dita a sentença de expulsão como uma condenação social ao nosso excesso. Gordxs, insulto que sentencia o transbordar de um limite que inteligentemente tornou

invisível a artificialidade de sua natureza através da ficcionalização de algo chamado “o corpo normal” ou o “peso indicado”. Gordxs, assim nos chama a sociedade desde o momento em que é visível a traição as trincheiras da carne, envergonhados por sua suposta impossibilidade, sua permanente falta, e seu excesso abundante, corpos silenciosos e silenciados, sujos e suados, irritantes e asexuados, desajeitados, cinzas, tímidos, mansos, tristes e entediados, entre tantos outros adjetivos cortantes que constituem o gráfico do ridículo e da desacreditação. Porém, os interlocutores do ódio não são somente aqueles policiais dos corpos, senão também, todos os cenários em que se desenrolam e pelas quais se sustentam os mecanismos de controle da carne. Gordx, quando não entro em uma peça de roupa, gordx quando as arquiteturas urbanas nos expulsam com sua estreiteza, gordx quando não passo por uma porta, gordx quando sinto que uma cadeira é fraca, gordx quando subo em um ônibus com muita gente, gordx dito e pronunciado por eco disciplinado que fantasmaticamente põe ordem, lá quando parece não haver ninguém (CUELLO, 2022).

Falar diretamente sobre como a gordura aparece em diferentes tempos históricos é, também, colocar como central a percepção de que discursos relacionados com o racismo científico, elitismo, escravização, violências, silenciamentos e aniquilações são, também, parte da forma como nos subjetivamos atualmente. A preocupação aqui não está voltada, conforme apontado, em traçar uma história linear da gordura corporal, atentar para aquilo que persiste, ainda que se multiplique em suas distintas reconfigurações. Junto-me a Cytia Montalbetti (2022) quando afirma que sua corporalidade gorda serviu como ponto de partida para refletir sobre como sistemas de opressão determinados por políticas coloniais, racismo, patriarcado, saberes biomédicos e discursos eugenistas têm servido para hierarquizar corpos e populações.

Levando todas essas questões que relacionam racismo científico, processos de medicalização da obesidade em consideração, como podemos caracterizar corpos gordos? Até aqui é seguro dizer que a gordura corporal considerada em excesso é vista como uma patologia – obesidade - e, mais do que isso, representa, no imaginário social, o retrato do descaso e falta de cuidado, ou seja, um organismo doente em diversos sentidos. O que me leva a pensar, portanto, na gordura corporal como performada por fatos e ficções acerca da saúde, como feito na caracterização de raça proposta por Amade M'Charek (2013), como entidade relacional que coloca em xeque as fronteiras entre o biológico e o social.

De acordo com M'Charek (2013), a raça é produzida por atores humanos e não humanos a partir de práticas que podem ser desde cor da pele, sequências de DNA em esqueletos encontrados em escavações etc. E a partir da descrição de tais práticas, M'Charek (2013) demonstra que a raça não se materializa apenas no corpo, mas nas relações estabelecidas entre uma variedade de entidades, que inclui, também, a sua forma física. Ou seja, M'Charek (2013) demonstra que o corpo biológico não é

descoberto, mas feito a partir das práticas médicas, científicas, laboratoriais etc. Podemos, a partir dessa inspiração teórica, questionar como têm sido feito os diagnósticos de Obesidade a partir de taxas como o Índice de Massa Corporal (IMC) e compreendê-lo enquanto uma *ficção* que toma o lugar de verdade única a partir de narrativas médicas, relatos ou, como o que a autora afirma, o resultado do fato de que “*a prática médica é organizada em torno de ficções-cenários de saúde e doença (...) uma mistura de saberes epidemiológicos, narrativas e discursos sobre saúde e doença* (MCHAREK, p. 436, 2013).

Partindo dessa inspiração teórica acerca das *ficções-cenários de saúde e doença* (M’Charek, 2013), podemos refletir acerca da necessidade de se superar a compreensão de que determinados nivelamentos e medidas são capazes de precisar o que é saúde nos corpos e, mais do que isso, desnaturalizar a compreensão de que corpos gordos estão, *a priori*, em risco. Tomando como inspiração também o proposto por Haraway (2019), podemos entender que a compreensão da chamada obesidade enquanto doença como uma fabulação que tem como base níveis preestabelecidos de corpos considerados saudáveis - ou não. Tal pressuposto possibilita que, em vez de pensarmos em diagnósticos a partir de medições corporais, possamos pensar em garantias de cuidados em saúde que estejam amparados em novos arranjos e costuras acerca da gordura corporal, de maneira a superar tais ficções normativas e patologizantes.

Por fim, importante ressaltar que, embora possuindo um compromisso ético-político com a despatologização das corporalidades gordas, há aqui a utilização do termo “obesidade”, especialmente quando se trata de discussões sobre/a partir de bibliografias médicas e de áreas da saúde a ela relacionadas, mas não com o intuito de reforçar a categorização de todos os corpos gordos como doentes. Tendo isso combinado, podemos seguir adiante. Essas discussões trazem cortes, costuras e remendos encarnados como procedimentos de transformação de corpos gordos – como o meu – dentro de medidas e peso considerados ‘saudáveis’, ‘belos’ e outros adjetivos que podem ser relacionados com ideais de sucesso, em nossa sociedade. No próximo item, falaremos um pouco mais profundamente sobre determinados diagnósticos que levam em consideração pesos e medidas corporais.

2.

**DO PROBLEMA DO ESPELHO AO
ESPELHO COMO PROBLEMA:
A CONSTRUÇÃO DAS TRAMAS
DE UMA PESQUISA SOBRE
GORDOFOBIA**

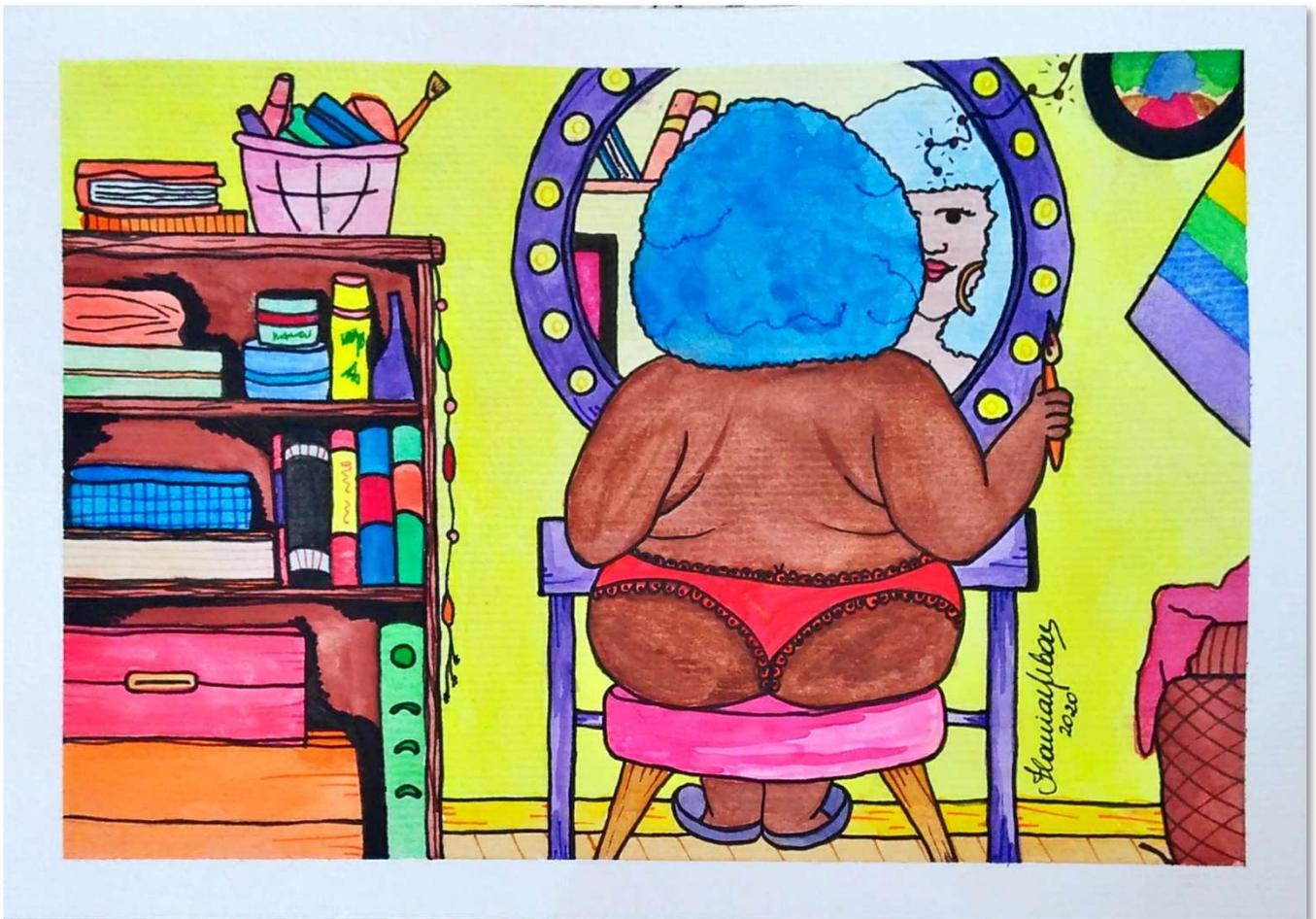


Figura 19: ilustração de Flávia Novais- Reflexos (2020). Na imagem, uma mulher gorda, negra e com os cabelos tingidos de azul está sentada em um banco, segura um pincel e se olha fixamente no espelho à sua frente. Tal espelho está preso em uma parede amarela, entre uma estante de livros e objetos coloridos e uma bandeira do movimento LGBTQIA+.

No capítulo anterior, apresentei um pouco de como o corpo gordo foi colocado discursivamente em diversos níveis: sociológicos, biomédicos e de resistência por grupos políticos. Para deixar ainda mais evidente a perspectiva despatologizante desta pesquisa, é preciso reafirmar a localização de quem a escreve. A proposição de outras formas de saber e cuidar de corpos gordos partem da vivência acadêmica e política dessa autora que também anseia por uma nova perspectiva de vida para corpos como o meu.

Neste espaço, é discutido diretamente sobre a construção da minha trajetória enquanto mulher gorda para a pesquisa acadêmica que tem como campo, também, meu próprio corpo. A partir de um direcionamento ético fincado na proposta de uma escrita (e pesquisa) localizada (HARAWAY, 1995), percorremos, aqui, caminhos nos quais pesquisa, bordado, temores, expectativas, idiomas novos, estão entrelaçados. Partindo de tudo que foi compartilhado e sentido comigo através das entrevistas, além de discussões teórico-analíticas e inspirações artísticas, justifico a utilização da escrita autoetnográfica (MISTRO, 2021; PERIN, 2020; ABU-LUGHOD, 2018; GAMA, 2020), entrelaçando essa perspectiva à praxiografia de Annemarie Mol (1999, 2002, 2008, 2010).

2.1 Autoetnografia e o texto tecido por muitos pontos e costuras

Eles mentiram pra nós, não há separação entre vida e escrita.

Gloria Anzaldua

A pesquisa que aqui se materializa é fruto de um constante movimento de idas e vindas não apenas teórico-metodológicas e rodas de conversa em espaços acadêmicos, como também de encontros e embates na militância, consultas médicas, espera em aeroportos, descobertas de campo, aprendizado de línguas estrangeiras, encontros inesperados, lives e videoconferências, esboços e desenhos, bastidores, tecidos e linhas coloridas. O caminhar que por vezes sentiu o ar se esvair pela altitude em Bogotá, Colômbia, foi tomado pelo medo durante a pandemia de COVID-19, e que também foi escorregadio nas calçadas cheias de neve e gelo em Montreal, Canadá.

Em outras palavras, esta pesquisa foi corporificada através dos relatos – tanto meus, das pessoas que entrevistei, quanto de construções ficcionais a partir desses encontros -, das observações e percursos compartilhados, além de desenhos, bordados, com foco nas práticas de produção de saúde em corpos gordos. Meu objetivo, nesse

caminho, foi analisar como tem sido pensado, proposto e performado cuidado em saúde, de maneira localizada e a partir do que foi possível ver, sentir e perceber também, através do e conduzida pelo meu próprio corpo.

Nesse sentido, é importante explicitar que este trabalho se alinha ao pensamento de Donna Haraway (1995), no sentido que reconhece a sua objetividade desde o pressuposto da parcialidade, falando a partir daí e levando em consideração tanto a cumplicidade estabelecida nas conversas quanto as próprias limitações da pesquisa.

Ainda seguindo a inspiração ético-política dos estudos feministas da ciência, não se pretende, aqui, traçar uma conceituação universal sobre o que se entende por saúde, cuidados, políticas, nem mesmo sobre corpo gordo. Busca-se produzir uma objetividade localizada, corporificada e que possa ser responsabilizada, tomando como base uma perspectiva que preconiza a não divisão entre sujeito e objeto e que considera os múltiplos arranjos semiótico-materiais na produção da(s) realidade(s). Sobre a corporificação e a situacionalidade do conhecimento, Haraway (1995) utiliza a metáfora da visão. Segundo as palavras da autora:

Os instrumentos de visualização na cultura multinacional, pósmoderna, compuseram esses significados de des-corporificação. As tecnologias de visualização aparentemente não tem limites; o olho de um primata comum como nós pode ser infindavelmente aperfeiçoado por sistemas de sonografia, imagens de ressonância magnética, sistemas de manipulação gráfica vinculados à inteligência artificial, microscópios eletrônicos com scanners, sistemas de tomografia ajudados pelo computador, técnicas de avivar cores, sistemas de vigilância via satélite, vídeos domésticos e no trabalho, câmeras para todos os fins, desde a filmagem da membrana mucosa do estômago de um verme marinho vivendo numa fenda entre plataformas continentais até o mapeamento de um hemisfério planetário em outro lugar do sistema solar. A visão nesta festa tecnológica transforma-se numa glutoneria desregulada; todas as perspectivas cedem passagem a uma visão infinitamente móvel, que parece ser não mais apenas a respeito do truque mítico de deus de ver tudo de lugar nenhum, mas da transformação do mito em prática comum. E, como o truque de deus, este olho fode o mundo para criar tecnomonstros. Zoe Sofoulis (1988) o chama de olho canibal dos projetos extra-terrestres masculinistas para um renascimento excremental (HARAWAY, 1995, p. 14).

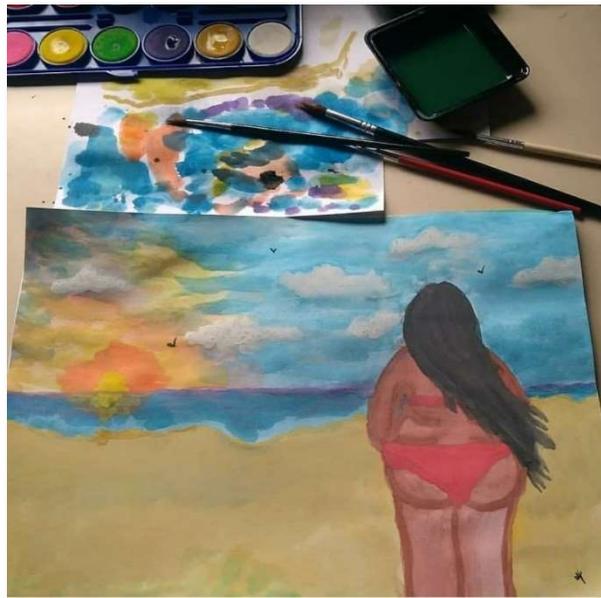


Figura 20 desenho de Flávia Novais – processos (2018). Aquarela em papel. Mulher gorda, negra e de cabelos compridos está de costas, admirando um pôr do sol na praia à sua frente.

Dessa maneira, minha intenção aqui é demonstrar que, nas práticas, no cotidiano, em cada corpo, os cuidados a ele direcionados podem ser de naturezas variadas, implicando distintos engajamentos entre elementos humanos e não humanos, reunidos por uma espécie de costura, como no bordado livre: utilizando muitas técnicas, texturas e composições. Ficou evidente, no decorrer do caminho, tanto da pesquisa quanto da escrita, que eu não poderia falar sobre essas questões se não fosse, também, a partir das minhas próprias experiências. Ao levar em conta as minhas feridas e vivências, reafirmo que o corpo que habito foi/é atravessado, também, por muitas violências que, de alguma forma, são denunciadas na trajetória da pesquisa.

Por isso, ainda que se compreenda que uma tese seja fruto do trabalho coletivo entre orientanda, orientadora e co-orientadora, discussões em grupos de pesquisa, trocas em campo, leituras, palestras, atividades culturais, entre outros, adotar uma escrita em primeira pessoa revela, além de um posicionamento ético, um compromisso tanto com quem participou ativamente da pesquisa, como com quem se debruça sobre estas páginas. Traço e costuro aqui diversos componentes para que possamos pensar juntas novas formas de falar sobre corpos diversos e, assim, costurarmos possibilidades múltiplas de cuidado, que podem ser tanto coloridos, como numa colcha, quanto provisórios e não calculados respingos de tinta de aquarela no papel.

A autoetnografia como possibilidade de escrita acadêmica surgiu, para mim, de uma forma muito inusitada. Por incrível que pareça, não me parecia óbvio que eu poderia escrever sobre meu próprio corpo para falar sobre cuidados e gordofobia. Entretanto, aos poucos, esse caminho foi se mostrando cada vez mais evidente. Em novembro de 2018, tive a honra de apresentar um trabalho pela primeira vez em um evento internacional, a CLACSO²¹, que naquele ano acontecia em Buenos Aires, na Argentina. Além da emoção de participar de um evento tão grande, foi a primeira vez que divulgava um trabalho sobre meu projeto de tese para um público maior.

Ali, conversei sobre gordofobia e feminismos com pessoas de diversos países da América Latina. Ao final das discussões, uma moça se aproximou e me presenteou com um envelope vermelho contendo postais com ensaios artísticos de fotos de mulheres gordas e informações sobre entidades espirituais diversas no verso de cada um deles. Ainda com um espanhol arrastado, não consegui compreender muito o que

²¹ Conferencia Latinoamericana y Caribeña de Ciencias Sociales, realizada de 17 a 23 de Novembro em Buenos Aires, Argentina.

ela me dizia ao entregar o presente, mas percebi muito afeto e emoção na recepção de minha apresentação.



Figura 21 Postais do coletivo Gordas Sin Chaqueta, contendo fotos de mulheres gordas em cenários diversos, com um envelope vermelho contendo a logo do coletivo impresso em preto – arquivo pessoal

Dias depois, consegui pesquisar sobre o coletivo que havia organizado o ensaio que ilustrava aqueles postais: era o *Gordas Sin Chaqueta*, coletivo feminista antigordofobia de Bogotá, Colômbia. O ensaio era parte do fechamento de uma imersão intitulada *Para ser una gorda rebelde hay que lenir al Sur*, organizada pelo coletivo, que se propunha a ser um momento de acolhimento, trocas e discussão sobre o ser mulher gorda. O ensaio, intitulado *Oráculo de las Diosas Gordas*, foi a materialização da potência e beleza das trocas acontecidas naquele momento.

Segui acompanhando a atuação política das *Gordas Sin Chaqueta* em suas páginas no Facebook e Instagram. Importante destacar a importância das redes sociais para a organização de *ciberativismos* na atualidade, conforme já demonstrado por Castells (2013) e que também observo nos movimentos antigordofobia. A partir de suas postagens e das pesquisas em perfis atuantes nessas páginas, pude entrar em contato com várias militantes do Brasil e da América Latina. Até que fui convidada, por uma delas, a participar de um projeto organizado pelo coletivo colombiano: o primeiro encontro de ativismo gordo da América Latina.

Graças ao trabalho dessas ativistas, financiamentos coletivos e organização de pessoas de diversos países, o evento aconteceu. De 5 a 9 de novembro de 2019, realizou-se em Bogotá, Colômbia, o *GRR Gordes, Resistencia y Rebeldia - I Er Encuentro De Activismos*

Gordes Del Abya Yala Y La Diáspora Africana. Por meio de editais de fomento feministas, foi possível garantir o custeio de passagens, estadia e alimentação de participantes, o que inclusive possibilitou minha participação.



Figura 22 Card de divulgação do I Encontro de Activismos gordes del abya yala y la diáspora africana. No desenho, três mulheres gordas com traços indígenas e uma negra ao centro, e uma quarta está sentada abaixo das demais. Todas estão sem blusa, com os seios à mostra.

Durante uma semana, o evento seguiu de maneira intensa, em atividades divididas em três eixos principais: 1) Corpo e Desejo; 2) Gordura, Raça e Colonialidade; 3) Gordofobia Médica. Além dessas atividades, que eram exclusivas para os/as participantes e organizadores do evento, aconteceram eventos abertos à comunidade, como oficinas fotográficas, *shibari*²², escrita, e uma Feira Gorda com a exposição de trabalhos artesanais e artísticos.

Foram dias intensos de discussões, desabafos, aprendizados e trocas, nos quais pude conhecer um pouco mais da militância antigordofobia latino-americana e brasileira, inclusive. Como parte das atividades propostas para o grupo, aconteceu uma oficina de escrita intitulada “Taller Autoetnografia”, promovida pela pesquisadora e ativista mexicana Maria Magdalena Aranda. Foi nesse momento que me deparei com a possibilidade de fazer a escrita inspirada nessa perspectiva, que logo se mostrou a forma mais honesta de dialogar sobre trajetória, saúde, cuidados e corporalidades a partir da experiência compartilhada de habitar um corpo gordo e produzir cuidados a partir de uma multiplicidade de práticas. Tal possibilidade se consolidou tempos depois, quando tive contato com a dissertação de mestrado de Julia Mistro (2021) intitulada *Performando riscos: autoetnografia de viver com Diabetes Tipo 1 na pandemia de Covid-*

²² *Shibari* é uma técnica japonesa de imobilização com cordas que se caracteriza através de expressões artísticas com significados diversos, a depender de quem a pratica. Mais informações em: <https://www.dicasdemulher.com.br/shibari/>

19, bem com com o artigo de Fabiane Gama (2020), intitulado *A autoetnografia como método criativo: experimentações com a esclerose múltipla*, que serão discutidos mais adiante.

QUÉ TE LLEVAS

Flavia Novais - Brasil

Participar do Encuentro GRR foi uma das coisas mais transformadoras da minha vida. Fui movida pelo desejo de conhecer ativistas antigordofobia da América Latina pra compor meu projeto de pesquisa do doutorado e encontrei o que menos esperava: a possibilidade de construir uma luta política através do afeto. Eu estava muito preocupada em não ser acolhida, me sentir sozinha e não entender o que as outras pessoas falavam por conta do idioma. Mas bem rápido compreendi que eu estava em local seguro e em companhia de companheirxs muito mais que especiais.

As atividades, discussões, grupos foram muito mais que planejamento de estratégias de combate a esse sistema gordofóbico e machista que tenta nos oprimir cotidianamente. Cada conversa e dinâmica fez com que além de trocar experiências com todxs, pudéssemos olhar nós mesmxs e nos deparar com nossos preconceitos, medos e dores.

O que trouxe de mais precioso desses dias de trocas, sorrisos e aprendizado é com certeza o poder do afeto e do cuidado. Estamos acostumadxs com ambientes de luta carregados de embates e contaminados por tudo que tentamos combater. Me deparar com a possibilidade de se permitir/sentir cuidada, construir confiança, trocar experiências e saber ouvir a dor de outras pessoas foi muito potente.

O texto acima é parte de uma produção no formato de cartilha digital²³ contendo fotos e relatos das memórias do evento. Foi neste texto que pude registrar algo além da experiência do encontro em si: um primeiro movimento de escrita acerca dessa experiência encarnada de trocas tão intensas sobre o viver enquanto uma pessoa gorda. Ficou evidente, mais uma vez, que uma escrita em primeira pessoa pode ser uma importante ferramenta de luta, por conseguir dar visibilidade a opressões, dores, inseguranças e formas de resistência que são comuns, que, por essas conexões, ao mesmo tempo escapa de uma escrita personalista e individualizante. Em outras

²³ Link para material completo:

https://drive.google.com/file/d/1nlpO6BnprnKFTej5X2b5mXxsYNedhgxv/view?fbclid=IwAR1T4fnNDIDXOk_E_BU3c_DIMuH0LQ2gHzUFajugWK_zHXMFajANIpbHr8

palavras, a justificativa para a utilização da primeira pessoa e da autoetnografia como metodologia passa pelo processo de transformação de uma experiência corporificada em um lugar público de debate e produção coletiva de conhecimento, a partir do processo de politização e conscientização da legitimidade de se falar sobre o corpo gordo.

Dessa maneira, concordo com o que diz Grada Kilomba (2019) no seu livro “Memórias da Plantação: episódios de racismo cotidiano”, sobre o risco de, ao se escrever sobre o próprio corpo, ser entendida como uma forma de narcisismo. Para escapar desse tipo de classificação simplista, a autora defende uma epistemologia que seja capaz de incluir o pessoal e o subjetivo, na medida em que falamos a partir de um lugar e tempo específicos, que nada têm de neutros. Assim, os escritos precisam conter emoções vividas no corpo pelo próprio pesquisador.

No texto, Grada Kilomba (2019) fala de acadêmicos negros produzindo conhecimento em uma academia predominantemente branca. É necessário, dessa forma, reinventar e assumir outras maneiras de se produzir conhecimento que fujam do que ela chama de uma *realidade erudita branca*, já que partimos de lugares diferentes. Nesse sentido, ao trazer o corpo para a pesquisa, falar a partir dele e com ele, estou/estamos criando uma nova linguagem. A autoetnografia, enquanto escrita e método, mostrou-se uma poderosa ferramenta para tal.

O desafio de escrever em primeira pessoa é ainda mais difícil de ultrapassar sendo uma pesquisadora negra, como eu. Isso porque o sentimento de não pertencer é palpável e, nesse sentido, assumir o protagonismo, a ação da própria caneta, é um ato de coragem. É preciso lançar mão de outras experiências, outros corpos de mulheres não brancas que estão pelo mundo afora, cada uma em seu departamento, grupo de estudos, publicando livros, artigos em revistas conceituadas e seguem sinalizando que sim, temos o poder de ocupar esses lugares com nossos corpos – independentemente do tamanho – e de soltar nossa voz.

Além da dificuldade de assumir o protagonismo, há, também, o tortuoso movimento de reconhecer a minha própria fragilidade e lidar com ferimentos profundos e por muito tempo escondidos. Perceber a precariedade da minha própria existência que perpassa o ato de escrever é, sem dúvida, tão pesado quanto a responsabilidade que sinto em relação a tudo que foi compartilhado comigo pelas pessoas que participaram desta pesquisa. Lembro de um texto escrito por Caio

Fernando Abreu ²⁴, que em uma carta ao seu amigo José Márcio Penido, quando este estava passando por dificuldades no processo de escrita, ponderou:

Zézim, você só tem que escrever se isso vier de dentro pra fora, caso contrário não vai prestar, eu tenho certeza, você poderá enganar a alguns, mas não enganaria a si e, portanto, não preencheria esse oco. Não tem demônio nenhum se interpondo entre você e a máquina. O que tem é uma questão de honestidade básica. Essa perguntinha: você quer mesmo escrever? Isolando as cobranças, você continua querendo? Então vai, remexe fundo, como diz um poeta gaúcho, Gabriel de Britto Velho, “apaga o cigarro no peito! diz pra ti o que não gostas de ouvir! diz tudo”. Isso é escrever. Tira sangue com as unhas. E não importa a forma, não importa a “função social”, nem nada, não importa que, a princípio, seja apenas uma espécie de auto-exorcismo. Mas tem que sangrar a-bun-dan-te-men-te. Você não está com medo dessa entrega? Porque dói, dói, dói. (...) Zézim, remexa na memória, na infância, nos sonhos, nos tesões, nos fracassos, nas mágoas, nos delírios mais alucinados, nas esperanças mais descabidas, na fantasia mais desgalopada, nas vontades mais homicidas, no mais aparentemente inconfessável, nas culpas mais terríveis, nos lirismos mais idiotas, na confusão mais generalizada, no fundo do poço sem fundo do inconsciente: é lá que está o seu texto (ABREU, Caio Fernando, p. 154, 2005).

Encarar as feridas e os silêncios, é disso que se trata esta escrita. Machucados que às vezes voltam a doer quando o tamanho do meu corpo aparece desavisado antes mesmo que minha demanda seja ouvida, ou quando me pego avaliando, em silêncio, quanto peso a cadeira de uma lanchonete pode aguentar. Compartilho, assim, com Júlia Mistro (2021), a coragem de *romper com o silêncio dentro de mim* e trazer para a superfície questões que falam da experiência que pode ser facilmente reconhecida por outras pessoas gordas.

Falar a partir do meu corpo, usando minha própria voz, para dizer sobre experiências compartilhadas por pessoas, como eu, que são grandes demais para caber nos moldes de mundo que insiste em nos desumanizar. Convido-te a pensar comigo não apenas sobre cuidados em saúde como uma coisa diretamente ligada a espaços clínicos, ainda que muitas das conversas nos levem até esses cenários. Nesse percurso, muito foi falado sobre consultórios, exames, violências, dor. Ainda encontrei, contudo, vida, atalhos e reinvenções, apesar do que é imposto. Esse texto também se materializa enquanto uma tentativa de ressignificar a dor e produzir novos caminhos, *fazer alma e alquimia* (ANZALDUA, 2021). Aqui, recorro totalmente às palavras de Gloria Anzaldúa (2021), quando, sobre a escrita, ela diz:

Ao escrever, organizo o mundo, ponho nele uma alça em que posso me segurar. Eu escrevo porque a vida não satisfaz meus apetites e minha fome. Escrevo pra registrar o que os outros

²⁴ Texto do jornalista e escritor gaúcho Caio Fernando Abreu, se trata de um carta enviada ao amigo José Marcio Penido e publicada na 5ª edição do livro *Morangos Mofados*, em 2005.

apagam quando eu falo, pra reescrever as histórias mal-escritas que eles contaram de mim, de você. Pra ficar mais íntima comigo mesma e contigo. Pra me descobrir, pra me preservar, pra me fazer, pra ter autonomia. Pra dissipar os mitos de que sou uma profeta louca ou uma pobre alma sofredora. Pra me convencer de que tenho valor e de que o que tenho a dizer não é um monte de merda. Pra mostrar que eu posso e que eu vou escrever. E vou escrever sobre as imencionáveis, sem me importar com o suspiro ultrajado da censura e do público. E, por fim, eu escrevo porque tenho medo de escrever, mas tenho mais medo ainda de não escrever. (ALZANDUA, Gloria, p. 53, 2021)

Já que estamos falando da escrita em si, é importante ademais destacar que este trabalho é tecido, também, a partir de uma inspiração antropológica, de acordo com a qual a produção de uma etnografia pressupõe que não é possível a um observador dar conta de uma totalidade, seja ela uma cultura ou uma organização social, bem como que esse observador seja capaz de apreender a voz do outro (Clifford, 1986). Sendo assim, a subjetividade do pesquisador está presente durante todo o processo da escrita etnográfica, pois é ele que toma as decisões acerca de como e o que será escrito em uma publicação, não sendo possível assim fazer uma descrição de um todo.

Além de ser uma escrita parcial, localizada e conter em si a subjetividade de quem a escreve tanto na forma quanto no estilo do texto etnográfico, esta escrita é sempre ficcional. Tais ficções não dizem respeito à falsidade a respeito do que é descrito no texto, mas a própria ação de formatação, escolha das palavras, estilo de escrita e parcialidade acerca da escolha do que é relatado, pois, no que se refere à pessoa pesquisadora, *sua subjetividade não está ausente no momento de elaboração do texto etnográfico, pois é ele quem mapeia e conecta o que é apreendido em campo* (PERIN, 2020, p. 300). De acordo com Perin (2020), a escrita etnográfica, portanto, é composta por *ficções controladas, em um processo de selecionar quais relações importam para a construção de cartografias sociais*. Ou seja, é uma composição textual alegórica, focada na descrição feita pelo pesquisador, de maneira parcial e minuciosamente controlada. Uma escrita sempre localizada, que é incapaz, por si só, de falar de um todo universal pela impossibilidade intrínseca de alcançar essa totalidade.

Alinhando ao proposto por Júlia Mistro (2021), afasto-me da busca por uma totalidade e sigo na proposição de uma *etnografia do particular* (ABU-LUGHOD, 2018 *apud* MISTRO, 2021), na medida em que não me proponho a ser uma espécie de totem sobre uma cultura ou grupo específico - no caso o coletivo de pessoas gordas - mas sim respeitando tanto a localização de onde falo e do que posso falar a partir de meu lugar como também as multiplicidades de realidades possíveis dentro desse recorte.

Somente no fim do doutorado tive contato com discussões teóricas sobre autoetnografia, sendo primordial o encontro com o artigo de Fabiane Gama (2020), intitulado *A autoetnografia como método criativo: experimentações com a esclerose múltipla*. Nele, a autora fala sobre sua experiência corporificada com esclerose múltipla, com foco na atuação de profissionais da medicina, procedimentos, objetos e instituições no modo como atravessam e produzem sua experiência enquanto uma doente crônica. Compreendi, então, que essa perspectiva de escrita e pesquisa ia ao encontro do que vinha construindo analítica e epistemologicamente em minha pesquisa, pois, de acordo com Gama (2020), a autoetnografia é uma maneira de produzir conhecimento *subjetivo e experimental que nega a separação entre racionalidades e emoções, dados e análises, Eu e o Outro* (GAMA, 2020). Ou seja, nas suas próprias palavras, escritas autoetnográficas:

apontam para expressões presentes no corpo (na pele e em outros órgãos) e/ou sobre ele, visando produzir um conhecimento que vai contra a “lógica iluminista, colonial e imperialista que desqualifica e reprime formas de conhecimento atreladas à experiência”, como relatou Gustavo Raimondi (2019, p. 65-66). E trilha caminhos menos “seguros” que aqueles trilhados pelo conhecimento científico que se propõe neutro, objetivo (GAMA, p. 190, 2020).

Ou seja, de acordo com Gama (2020), trata-se de uma proposta metodológica e narrativa que parte da escrita de experiências pessoais de maneira reflexiva, com o intuito de analisar, a partir delas, questões importantes da própria cultura e sociedade. É uma produção teórica feita por meio de narração textual, poética e que não precisa seguir, necessariamente, uma linearidade temporal. A autora destaca, principalmente, a riqueza de se propor esse tipo de produção por conta da possibilidade de demonstrar as vulnerabilidades, e pelo simples fato de que, através do próprio movimento do corpo e da narração de suas reflexões, contextos, procedimentos, exames, podemos ser capazes de acessar além dos dados observados e relatados de maneira distanciada.

Ainda de acordo com Gama (2020), os trabalhos autoetnográficos são assim classificados enquanto possibilitarem: 1) que seja possível acompanhar o caminhar da própria pessoa que pesquisa em relação a ambiente, contextos e processos; 2) reflexividades profundas; 3) uma pesquisa engajada, longe de um modelo positivista que separa sujeito e objeto, mas que preconiza a atuação direta do pesquisador de maneira corporificada e política para, assim, demonstrar sua visão crítica; 4) dar espaços para as vulnerabilidades, ou seja, dúvidas, dificuldades de acessos, fraquezas, presentes no processo da pesquisa; e por fim, 5) não objetivar conclusões fechadas e definitivas, mas sempre processuais em constante mutação.

Resumidamente, é uma proposta de pesquisa que, de acordo com Gama (2020), não busca objetivamente “dados” para comprovar determinados temas, questões, mas “*experiências corporificadas, reflexivas e emotivas*. Um tipo de escrita que expressa algo que nos valida enquanto seres humanos e que, portanto, deve a ela ser incorporado, como sugere Gloria Anzaldua (2009). Ou, ainda, como uma possibilidade de englobar o pessoal e o subjetivo, como se poderia compreender aos olhos de Grada Kilomba. Uma escrita que sangre “a-bun-dan-te-men-te”, como recomenda Caio Fernando Abreu. Por tudo isso, a autoetnografia tem o potencial de se materializar em escritas *transgressoras, indisciplinadas e políticas* (GAMA, 2020). Escritas que valem a pena serem feitas, porque nós temos muito a dizer.

Ao falar a partir de uma perspectiva autoetnográfica, que leva em consideração minhas próprias vivências durante a pesquisa, atravessadas por conversas, experiências e cenários diversos, com um enfoque localizado, lanço mão também da possibilidade de descrição de práticas e narrativas proposta por Annemarie Mol denominada praxiografia (MOL, 1999;2002;2008;2010). Trata-se de uma perspectiva teórico-metodológica também etnográfica, mas que propõe uma ênfase nas práticas, considerando os locais onde ocorrem e os diversos agentes envolvidos, humanos e não humanos, instituições, profissionais, aparatos tecnológicos, dentre muitos outros que engajados em fazer (*doing*) a(s) realidade(s).

Em seus escritos, de maneira geral, Mol (1999, 2002, 2008, 2010) postula que a realidade não é dada nem fixa, mas feita a partir de práticas performativas. Ou seja, de acordo com a autora, o objeto existe a partir das práticas que o produzem. Ao propor o termo *enact*, Mol demonstra o caráter fluido, tanto no sentido de encenar (ou performar) quanto de “fazer existir”. Nesse sentido, as realidades, que são múltiplas, articulam atores humanos e não humanos nessa constante produção de semiótico-material.

Em sua obra *The Body Multiple* (2002), a autora acompanha o tratamento e a abordagem de diferentes práticas profissionais e modos de vida de pacientes acerca da arteriosclerose de membros inferiores. Ao acompanhar e descrever minuciosamente os diagnósticos em diferentes especialidades médicas, exames laboratoriais e de imagem, acolhimento de pacientes, cirurgias, entre outros, Mol demonstra que não há uma única doença e, sim, múltiplas, a depender das práticas e arranjos em cada um dos contextos de performance analisados. Ao falar sobre ontologias múltiplas, no entanto, Mol (1999) não quer dizer que existem muitos pontos de vista acerca de uma realidade fixa, mas muitas realidades que são performadas (ou *enacted*) e que são produzidas através de

diferentes práticas. Ou ainda, em suas próprias palavras, *Aqui é cortada a bisturi; ali está a ser bombardeada com ultrassons; acolá será colocada numa balança e pesada. Mas, enquanto parte de actividades tão diferentes, o objecto em causa varia de um estágio para o outro* (MOL, 1999).

Dessa maneira, de acordo com Mol, ao conviver com o diagnóstico, entram em jogo no cotidiano diversas versões de uma doença e, com elas, muitos atores fazem parte dessas negociações. Em sua obra *The Logic of Care*, Annemarie Mol (2008) analisa o viver com diabetes, na qual trata das muitas maneiras de fechar um diagnóstico, mostrando a ação de atores múltiplos, além dos pacientes e profissionais de saúde, tais como seringas, insulina consultas, dietas.

Na visão de Moraes (2013), *Viver a vida é um exercício local e ordenado em certas práticas que exigem esforço, práticas que, como sublinhou Mol (2008, 2010), são crônicas, isto é, devem ser tecidas dia após dia* (p. 319). Falar do cotidiano, desse *corpo que fazemos dia a dia* (MORAES, 2013), é também o que se propõe em uma pesquisa autoetnográfica. Aqui, portanto, aproximo as duas abordagens, de modo a falar de mim e de muitas outras experiências corporais que se atravessavam à minha, buscando enfatizar nossas artesanias de produção de corpo e cuidado e outras práticas implicadas na performance da gordura com efeitos bastante concretos em nossas vidas. Para tanto, faço movimentos respeitando os processos, a fluidez dos acontecimentos, os diferentes contextos, dando espaço para fragilidades, limites e possibilidades que um olhar localizado e a perspectiva ético-teórica-metodológica aqui afirmada podem proporcionar.

A praxiografia, nessa combinação com a autoetnografia, corrobora ainda mais no sentido de resistir às totalizações. O objetivo, aqui, está longe de ser ou de dizer o que significa ter um corpo gordo de maneira definitiva, embora reconheça algumas similaridades que discursos patologizantes acerca de pesos e medidas acabam por criar, como as experiências comuns de violações, julgamentos morais e exclusão de pessoas gordas. Contudo, desde a inspiração teórico-metodológica pela praxiografia, *“sigo uma trilha”* (MARTIN; SPINK; PEREIRA, 2018, p.4) e tento identificar, a partir dos diferentes cenários e práticas, os vínculos (ou não) que podem existir entre corporalidades gordas, bem como atentar para as montagens específicas implicadas.

Assim, ao fazer uma pesquisa e escrita autoetnográfica e com um direcionamento teórico-metodológico praxiográfico, reforça-se a necessidade de afirmar que não tenho a pretensão de ser uma “porta-voz” ou um modelo do que é ser

gordo, como se, a partir das minhas reflexões, fosse possível alcançar uma totalidade de experiências e práticas sobre essas realidades. Trago, aqui, a perspectiva completamente parcial de uma mulher, cisgênero, negra, pesquisadora, gorda, que falará a partir do que foi possível viver, experienciar, sentir e que, a partir de minhas próprias reflexões, desenhos, bordados, entrevistas, leituras, encontrou eco e similaridades nesse habitar um corpo gordo, que na busca por cuidados específicos em saúde encontra constantemente apenas a possibilidade de emagrecimento no horizonte, o que coloca sempre em xeque a efetividade do que está sendo oferecido como cuidados para corpos como o meu.

2.2 Processos artesanais de escrita e sobrevivência

É chegado o momento de conversarmos mais profundamente sobre o que foi tecido até o momento desta escrita. Conforme já apontado, busquei compreender como pessoas gordas, como eu, são interpeladas enquanto corpos que necessitam de intervenções e correção imediatas a partir do imperativo de que suas (grandes) medidas corporais e pesos representam um perigo iminente. E de como essas práticas têm a redução (afinamento) dos corpos como centralidade. Nesse sentido, busco compreender como se materializam, em diversas práticas, cuidados em saúde, partindo de “saúde” como um conceito abrangente, que envolve não apenas a ausência de patologias, mas a manutenção de bem-estar físico, psicossocial, dentre outros

O primeiro passo para refletir sobre como o cuidado em saúde é performado em corpos gordos, foi apreender tanto o conceito de saúde quanto as corporalidades, enquanto plurais e relacionadas com uma multiplicidade de fatores que extrapolam condições biológicas. Assim, primeiramente busquei mapear a trajetória teórica da produção da obesidade como patologia a partir de processos como o da medicalização da vida e a criação de políticas públicas de controle do peso de populações – que serão aqui chamadas de “Políticas de Finamento” - questionando a eficácia (ou não) de procedimentos, programas, dietas, índices e medidas, cirurgias, dentre outros procedimentos prescritos por profissionais de saúde sob a justificativa de produção de bem-estar para pessoas gordas. Ao se colocar a obesidade como uma doença, tendo por base diagnóstica taxas e índices totalizantes, e ao compreender como central a perda de peso e medidas, além de se limitar a promoção de qualidade de vida, também se criam obstáculos para que uma significativa parcela da população exerça plenamente sua cidadania e cuidados sobre seus corpos.

O que eu não poderia prever foi que, durante o período do doutorado, o mundo seria acometido pela pandemia de COVID-19, doença que paralisou cidades e dizimou centenas de milhares de pessoas. De repente, fomos obrigados a conviver com o medo constante e, para alguns grupos específicos de pessoas, o temor da morte era ainda mais palpável. A síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2), ou mais popularmente conhecida como COVID-19, causou inúmeras mortes e colapsos em sistemas de saúde mundo afora. Sua rápida disseminação e alto poder letal fez com que comunidades científicas do mundo inteiro entrassem numa corrida como antes nunca vista para compreender os mecanismos de contágio e elaborar explicações, bem como aprimorar formas de tratamento e controle das manifestações mais graves da doença.

O isolamento social imposto em decorrência da pandemia de COVID-19 foi, para muitos de nós, um momento de extrema ansiedade e insegurança. Além da possibilidade de cada encontro ser uma possível fonte de riscos tanto para si mesmo quanto para as outras pessoas, as mudanças de rotina em relação ao uso de máscaras, a limpeza exaustiva de embalagens e qualquer superfície que tivesse contato com o “mundo lá fora”, foi necessário se reinventar dentro do próprio espaço e de um novo modo de vivenciar o tempo.



Figura 23 Bordado de Flavia Novais onde está escrito “entrego, confio, dou uma surtada e agradeço”, com flores coloridas bordadas abaixo – 2020

Nesse período em que o mundo parou, acabei me reconectando com as técnicas de bordado aprendidas na infância com a minha avó materna, muito inspirada por movimentos artísticos feministas que utilizam a técnica do bordado livre para disseminar suas lutas políticas. Entre uma lavagem de compras de supermercado e a organização das máscaras da semana no varal improvisado na área de serviço, detinha-me a inúmeros vídeos de tutoriais de pontos, dicas de tecidos, linhas e coisas relacionadas. A passagem dos dias passou a ser contada também a partir das linhas disformes que iam surgindo nos tecidos em bastidor. A TV estava sempre ligada em noticiários que, a todo

momento, faziam a cobertura da quantidade de mortes diárias, com links ao vivo em hospitais de campanha superlotados. Enquanto essa realidade apavorante se mostrava

através da mídia, eu encontrava abrigo na contagem dos pontos e na possibilidade criativa que se abria pra mim através de linhas, agulhas e bastidores de madeira. O encontro com o bordado foi transformador. Quanto mais eu me dedicava, mais mergulhava nas possibilidades de criação.

Além dos pontos em tecidos, a técnica do bordado livre incorpora infinitas técnicas de criação, sem necessariamente contar com regras fixas em relação a pontos, linhas e tipos de tecido. Comecei a me conectar, a partir das redes sociais, especialmente do *Instagram*, com perfis que divulgavam técnicas e artesãs que vendiam suas peças bordadas artesanalmente e utilizavam a rede como principal forma de divulgação, dentro de um processo que se enquadra no que Adriana Gomes chama de “*ciberbordado*” (GOMES, 2019, P.22). O bordado, naquele momento de urgência epidemiológica, foi para mim uma possibilidade de voltar a me vincular com a arte e, principalmente, uma alternativa outra para experienciar a passagem do tempo. Conforme Juliana Sousa:

A pulsação acelerada dos dias monitorados, em visores de celular, preenche nossas horas com ansiedade e aprendemos a conviver com a angústia de que a vida acontece em uma velocidade muito maior do que podemos acompanhar. Sentir o tempo na ponta de nossos dedos, no apertar de nossas agulhas, nos conecta com um ciclo suspenso que nos acolhe e nos transforma. (SOUSA, 2019, p. 70).

Em meados de maio de 2020 - quando o Brasil somava certa de 16 mil mortos por conta da pandemia, a população em geral ainda respeitava as regulamentações de isolamento e distanciamento social, hospitais de campanha eram construídos para dar suporte à demanda que só crescia por leitos médicos -, enquanto eu inventava formas de fugir do constante medo do vírus, o clássico programa dominical da TV aberta na Rede Globo, *Fantástico*, divulgou uma matéria que foi recebida com espanto pela população em geral. Com o título *Coronavírus: Drauzio Varella explica por que a mortalidade entre obesos é mais alta*, a reportagem contava a história de Israel, 50 anos, e seu filho Richard, 23 anos, moradores do Rio de Janeiro, ambos infectados pelo coronavírus e considerados obesos, de acordo com o IMC.

Na matéria jornalística, o drama pessoal dos personagens foi intercalado pela fala de profissionais infectologistas de importantes universidades brasileiras, que traziam explicações sobre a gravidade da doença em relação ao peso corporal. Com tom alarmista e catastrófico, a reportagem contava que, naquele momento, 57% dos adultos brasileiros estavam acima do peso, trazendo a já velha conhecida “Epidemia de Obesidade” e indicando que, no site do programa, a população em geral poderia calcular o próprio Índice de Massa Corporal e seus devidos níveis de corte.

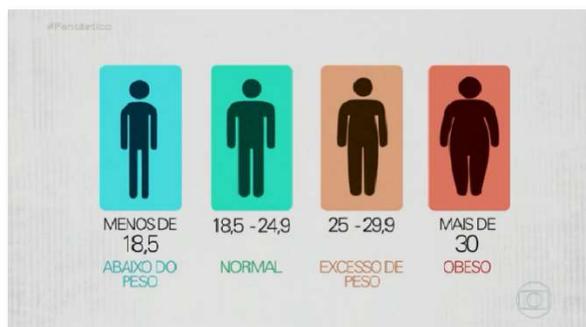


Figura 24 - Níveis de IMC apresentado no programa representado por placas boneco, que vão ficando mais preenchidos na medida em que o IMC aumenta. Fonte: GI.

A primeira vez que eu havia ouvido falar da relação entre a COVID-19 e gordura havia sido em um grupo de conversas com as militantes antigordofobia que haviam participado do evento em Bogotá, Colômbia, no ano de 2019, citado anteriormente. Havia um tom de preocupação e desconfiança nas conversas, pela rapidez com que gordura e risco de morte foram conectados nesse caso recente. Ao ver a matéria do Fantástico, apesar de ser uma pesquisadora do tema, o temor da morte parecia justificado. Eu era um corpo gordo e, portanto, um risco de morte iminente.

A reportagem apresentada pelo médico Drauzio Varella apontava que pessoas gordas, especialmente jovens, estariam em maior risco de mortalidade em relação a idosos gordos, sendo a chamada obesidade o segundo maior agravante da severidade da infecção, ficando atrás apenas da idade avançada e comorbidades como hipertensão, diabetes, dentre outras. Pesquisas recém-publicadas (GIACAGLIA, 2020; MOREIRA, Et al. ; BRANDÃO, 2020; MAFFETONE, P. & LAURSEN, P. 2020) apontam para a prevalência da gravidade e mortalidade em pessoas consideradas obesas e serviram de base para que a comunidade médica em geral voltasse suas atenções para o corpo e para as medidas das pessoas.



Figura 25 - Flávia Novais – bordado inacabado onde está escrito, em preto: lave as mãos, fique em casa, beba água, reveja seus privilégios, pense no coletivo e defenda o SUS (2020)

O medo, que já fazia parte da rotina, passou a me atravessar de uma maneira definitiva. Logo os sintomas físicos de crises de ansiedade reapareceram, depois de muitos anos. Falta de ar, crises de choro e uma preocupação obsessiva em não entrar em contato com o mundo exterior, o vírus e a morte que me aguardava sorrateira no horizonte, apenas por ser uma pessoa gorda. Em junho de 2020, no ápice de internações por COVID-19 em hospitais, foi divulgado pelo G1 o caso da paciente Josi Luiza Berssanin²⁵, que teve atendimento negado em Hospital de Campanha do Anhembi, por conta do seu peso. De acordo com a matéria, o local não possuía camas capazes de suportar pessoas com mais de 90 kg. A paciente afirmou que:

"Durante essa espera, começa um desespero, porque eu fiquei no oxigênio. O oxigênio não dura muito dentro da ambulância e foi conseguido que eu passasse lá para dentro. Aí, foi feita a triagem e durante a triagem eles disseram que não poderiam ficar comigo. A enfermeira que estava lá disse que não podia ficar comigo por causa do sobrepeso. "É uma situação humilhante. É humilhante você saber que a doença é grave, que eu estava piorando, eu sentia que meu corpo estava piorando, mas ficava a ver navios." (Josi Luiza Berssanin, 2020)

Esse caso gerou uma repercussão grande nas redes sociais de militantes antigordofobia, porque denuncia a constante dificuldade de pessoas gordas em acessar serviços de saúde agravada por se tratar da falta de acesso médico-hospitalar durante uma pandemia mundial. De acordo com a pesquisadora e militante Maria Luiza Jimenez (2020), em matéria publicada ao site Guru da Cidade, intitulada "Gordofobia na pandemia mata mais do que a Covid-19", denuncia como o estigma direcionado a pessoas gordas se equipara à marginalização de pessoas com pouco poder aquisitivo, que são as mais prejudicadas no que diz respeito a acesso a bens de consumo, serviços e cuidados em saúde.

Em setembro de 2020, fui convidada para participar da aula de abertura de um curso intitulado "*Obesidade em Santa Catarina: Gestão e Cuidado na Atenção Básica*", que seria aberta e transmitida pelo Youtube. O curso foi organizado pelo Coletivo Teia de Articulação pelo Fortalecimento da Segurança Alimentar e Nutricional (TearSAN), que tem um trabalho de destaque na discussão sobre alimentação em esferas de saúde pública no estado de Santa Catarina. É um grupo que se originou a partir de discussões dentro do curso de Nutrição da Universidade Federal de Santa Catarina e que se

²⁵ Link da Matéria <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/06/22/paciente-afirma-que-teve-atendimento-negado-no-hospital-de-campanha-do-anhembi-por-causa-de-sobrepeso.ghtml>

consolidou a partir da participação na construção do Sistema e da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional ²⁶.

O título da aula era “Obesidade e Covid 19: entre o fator de risco e a gordofobia”, o que me despertou bastante interesse por sinalizar a promoção de cuidados e a discussão acerca dos obstáculos enfrentados por pessoas gordas em serviços de atenção médica em diversos níveis. Ao aceitar o convite, recebi por e-mail algumas informações adicionais sobre o que seria o evento. A live aberta tinha como objetivo a divulgação do curso, que foi pensado para profissionais e gestores da Atenção Básica em Santa Catarina para, segundo a organização, qualificar o cuidado voltado ao sobrepeso e à obesidade no estado. A proposta tinha como objetivo desconstruir a reprodução de estigmas sobre corpos gordos na área da saúde e, de acordo com o e-mail, fomentar um olhar direcionado ao cuidado, e não ao enfrentamento dos corpos gordos. Recebi, também, um documento contendo uma ementa da fala, com informações mais detalhadas sobre o evento e sobre o projeto, que acredito ser de extrema importância para discutir sobre o que tem sido produzido enquanto políticas públicas em se tratando de corpos gordos e garantias de cuidados em saúde. A mensagem recebida dizia o seguinte:

Com o avanço da pandemia ao redor do mundo e no Brasil, tornaram-se cada vez mais comuns manifestações preconceituosas com as pessoas gordas (DIAS, 2020), quase sempre concluindo como um fato indiscutível que, ao serem confinadas no ambiente domiciliar, as pessoas passariam a engordar. O compartilhamento dessas piadas, não surpreendentemente, traz consigo: o medo de engordar, a repulsa pelo corpo gordo e a culpabilização daqueles que não “tomam atitudes” para evitar o ganho de peso ou para perdê-lo. Além do isolamento, sentimentos como tristeza, desânimo, ansiedade e estresse também são apontados nas redes sociais como causadores de um comportamento alimentar compulsivo, e conseqüentemente, do ganho de peso excessivo (SILVA, 2020). Paralelamente a essas manifestações vexatórias, passamos a ouvir de especialistas e dos veículos de mídia, em geral, que a obesidade é um dos fatores de risco para o agravamento da COVID-19, incorporando este grande grupo de pessoas nos tais grupos de risco da doença (MOREIRA, REIS, FREIRE, 2020). Em meio a tantas informações conflitantes e a escassez de dados e evidências científicas, pareceu não haver tantos questionamentos dos estudiosos acerca desta afirmação, como se fosse óbvio pensar que pessoas gordas são naturalmente mais suscetíveis a um vírus, mesmo que este vírus não discrimine as pessoas de acordo com o Índice de Massa Corporal antes de contaminá-

²⁶ ALVES, Kelly Poliany de Souza and JAIME, Patricia Constante. A Política Nacional de alimentação e Nutrição e seu diálogo com a Política Nacional de Segurança alimentar e Nutricional. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2014, vol.19, n.11, pp.4331-4340. ISSN 1413-8123

las. Entre controvérsias, discordâncias e militâncias, nos perguntamos: 1) pessoas gordas são mais suscetíveis à contaminação pelo vírus Sars-cov-2? Dentre os casos confirmados, as pessoas gordas apresentam evolução ou sintomas mais graves da doença? A mortalidade é maior para este grupo? Quais mecanismos tornam este grupo mais vulnerável à COVID-19? Existe relação de causalidade? O que é o fator de risco? No cenário brasileiro, o agravamento dos casos está associado isoladamente ao IMC? O manejo dos casos graves de COVID-19 precisa de adaptações para o atendimento de corpos gordos? Quais? 2) No cotidiano da Atenção Básica no SUS, como este problema está sendo enfrentado? Há discriminação no atendimento da população, conforme os grupos de risco? Sabendo que a perda de peso não é indicada no manejo da resposta imunológica, como são encaminhados o cuidado e a orientação das pessoas gordas no contexto da pandemia? 3) Quais as limitações assistenciais para o tratamento adequado da COVID-19 com pacientes gordos? E em uma perspectiva social, quais as consequências da definição da obesidade como fator de risco para a COVID-19? Quais os impactos da mídia direcionada às pessoas gordas, apresentando o corpo gordo como intrinsecamente doente? Como as manifestações gordofóbicas podem ser enfrentadas no contexto da pandemia? Quais outras medidas poderiam ser tomadas para combater a discriminação e atender as necessidades da população em risco de adoecimento pela COVID-19? Nosso intuito, com este debate, é aproximar as diferentes visões e perspectivas envolvidas com o tema da obesidade no contexto da COVID-19. Mais do que trazer respostas óbvias e fechadas, buscamos trazer para a superfície os (aparentemente) novos questionamentos e conflitos que emergem durante a pandemia, mas que escondem velhos mecanismos e aprofundam os preconceitos já consolidados em nossa organização social. Assim, nossa ideia é trazer: 1) um compilado de dados e evidências científicas que justifiquem ou condenem o apontamento da obesidade enquanto fator de risco para a COVID-19, buscando problematizar a situação e elucidar os mecanismos envolvidos; 2) relatos sobre o enfrentamento da condição de obesidade, apontada enquanto fator de risco para COVID-19, na realidade do SUS, buscando contrapor teoria e prática e conhecer mais de perto este sistema que está sendo brutalmente testado no contexto atual; 3) uma problematização que mostre as reais causas e consequências da discriminação sofrida pelas pessoas gordas, assunto negligenciado, suprimido e ridicularizado, seja em nível particular, social ou político.

Foi impactante perceber uma tentativa de discussão aparentemente mais crítica acerca da acessibilidade e cuidados com pessoas gordas, apesar da utilização do termo “obesidade”, que em si só traz a ideia patologizante acerca desses corpos. Compreendi que se tratava de uma conversa diretamente com profissionais de saúde, por isso decidi tensionar a utilização dessa palavra durante a minha fala no evento, mas estava confiante de que ali encontraria um debate interessante para pensar possibilidades de

cuidado e atenção à gordura corporal de uma maneira mais abrangente, não apenas direcionada à perda de pesos e medidas.

Além de mim, estariam presentes também participantes do projeto, uma trabalhadora da saúde e uma profissional da rede estadual e professora universitária. Cada convidada teria 15 minutos para fazer sua fala, depois o debate seria iniciado com quem estivesse assistindo ao vivo na plataforma. Nosso encontro ocorreu alguns minutos antes do horário previsto para acertar detalhes sobre o tempo de cada uma e alguns detalhes sobre o tempo de duração do evento. A programação teve início com a apresentação de uma animação de abertura que indicava alguns questionamentos sobre a obesidade ser fator de risco para a infecção e desenvolvimento de quadros mais graves da COVID-19 – voltarei a esse assunto no capítulo seguinte - bem como formas de pensar um acolhimento adequado a toda a população considerada em risco.

Logo após essas considerações iniciais, foi transmitida uma propaganda rápida do curso que se iniciava com aquele evento. Foi o primeiro passo para demonstrar qual seria, de fato, a abordagem pelo qual os corpos gordos seriam compreendidos: enquanto um problema a ser resolvido a partir de políticas públicas que frisam o controle do peso e medidas da população a partir de diagnósticos resultantes de avaliações ultrapassadas. Dele, transcrevo:

A obesidade no Brasil cresce de ano após ano sendo um fator de risco importante para diversas outras doenças. E em Santa Catarina a realidade não é diferente e inclusive é um pouco mais preocupante. Segundo dados da última Pesquisa Nacional em Saúde Santa Catarina liderava o ranking da obesidade no Brasil. Nos serviços de saúde, profissionais e gestores tem se mobilizado para atender um número cada vez maior de pessoas que sofrem as consequências físicas, emocionais e sociais provocadas pelo excesso de peso. Apesar disso, o número de pessoas que sofre com a obesidade no mundo, no Brasil e em Santa Catarina não para de crescer, mas não é por isso que vamos ficar de braços cruzados, certo? E foi pensando em buscar novas estratégias, a partir da realidade dos gestores da Atenção Básica, que o Ministério da Saúde, a Universidade Federal de Santa Catarina e a Secretaria de Estado da Saúde disponibiliza o curso: Obesidade em Santa Catarina: Gestão e Cuidado na Atenção Básica.

As falas que antecederam a minha retrataram o que exatamente tem sido feito e pensado como cuidado para pessoas gordas e consideradas obesas. Seguiram-se explicações minuciosas acerca de uma possível relação entre obesidade e estados mais graves/mortalidade por COVID-19 e características compreendidas enquanto gerais

acerca de corpos considerados obesos. Eu, ironicamente, era a única pessoa gorda convidada a falar. Coube a mim, naquele momento, refletir com os demais acerca dos danos causados por discursos gordofóbicos relacionados com o isolamento social e, particularmente, sobre o tom alarmista que essas categorizações de “grupos de risco” trazem em momentos de emergência como o que estávamos vivendo.

O processo de tessitura da pesquisa e dessas páginas esteve diretamente atravessado pelo constante medo, dessa maneira é inevitável que se fale mais profundamente da pandemia nos capítulos seguintes. É necessário destacar que, nesse contexto de emergência sanitária que se impôs, materialidades múltiplas se engajaram nas práticas de cuidado para pessoas gordas – ponto importante neste trabalho. Dessa forma, a pandemia de COVID-19 não foi apenas um simples contexto histórico no qual se desenrolou esta produção. Foi também algo que evidenciou algumas articulações entre humanos e não humanos performadas pelas aqui chamadas Políticas de Finamento.

2.3 Uma perspectiva de tessitura feminista: representatividade que surge na forma de costuras e bordados.

Neste escrito, considero que hierarquizações corporais, especialmente relacionadas com a gordura corporal, atuam a partir da disseminação do que estou chamando de Políticas de Finamento, as quais, conforme aprofundarei adiante, agem em diversos meios com o objetivo de exterminar corpos gordos através de Políticas de Estado, narrativas e procedimentos biomédicos que visam unicamente ao emagrecimento enquanto proposta de produção de saúde. O ideal de que corpos gordos são, em si mesmos, doentes culmina em cortes, costuras, medições, julgamentos morais, violências, negligências médicas, humilhações, descasos oferecidos como práticas de cuidados em saúde, mas que escondem o quão profundas essas feridas podem ser.

Aqui, o pensar sobre linhas coloridas, agulhas e pontos que, um a um, vão dando contorno a desenhos de formas precisas – ou não – que as vezes formam palavras, como também uma série de movimentos minuciosos de produção de texturas, escritos no formato de bordado, são parte da reflexão acerca da proposição de cuidados e discursos outros sobre corpos como o meu e mais que isso: essa experiência artística com pintura e bordado se mostram como um recurso dentro da autoetnografia. Durante esses anos de pesquisa, longas leituras e discussões teóricas, sempre houve o momento de sentir o tempo passar no ritmo dos pontos e pinceladas no tecido e, através dessas telas e

bastidores de madeira, traço, também, caminhos e possibilidades de acolhimento e luta por reconhecimento das potencialidades de corpos, como o meu, considerados ‘grandes demais’, bem como fui traçando modos de conhecer essa experiência.

Bordados, recalques em tecido, tintas de aquarela fizeram (e fazem) parte do caminhar desta pesquisa, tanto quanto revisões bibliográficas, participação em palestras, grupos de estudo, leituras, orientação e tudo mais de cotidiano que existe no processo de produção de conhecimento. Em concordância com Karina Kushnir (2016), em sua obra intitulada “*A antropologia pelo desenho: experiências visuais e etnográficas*” na qual a autora destaca a importância do desenho em uma investigação etnográfica. Para Kushnir, *os textos e as imagens artesanais evocariam fragmentos das múltiplas dimensões do processo vivido, dando a ver as possibilidades e impossibilidades da produção (e divulgação) do conhecimento etnográfico e antropológico* (Kushnir, 2016). Nesse sentido, o desenho, por si só, funciona como uma forma de narrativa. A autora destaca, dessa forma as várias dimensões de registro e produção etnográficas (fotografias, gravações em vídeo, desenhos, cadernos etc.) enquanto legítimas. Nesse sentido, essa produção foi tecida, também, a partir de um viés artístico.

Ainda nesse sentido, Inês Gomes (2016) em seu artigo “*Deixei o desenho enterrado’ ou como ressuscitar o grafismo enquanto metodologia antropológica: um caso prático*” nos traz as possibilidades e desafios de trazer o desenho para sua pesquisa etnográfica, na qual a arte se coloca enquanto metodologia para observação do campo e coleta de dados para sua pesquisa, feita a partir da prática de produzir desenhos em um mercado municipal. Para a autora, é necessário tentar escapar de uma proposta que facilmente pode ser interpretada enquanto um *ensejo voyeurístico de recolha incessante de imagens* (Gomes, 2016). Para tal, a artista e pesquisadora sugere que o desenho não assume um papel unicamente etnográfico, nem analítico. E o ato de desenhar carrega em si os paradigmas, pontos de vista e comprometimentos de quem o faz. No meu caso, a arte também está inscrita nessa produção. O tempo, de temor e insegurança do que viria imposto pela pandemia de COVID-19, fez com que eu redescobrisse o bordado como uma outra possibilidade *artístico-acadêmica* (BELCHIOR, 2020) de comunicação.

As costuras e a contagem de pontos de agulha também me fizeram companhia durante a pesquisa no exterior, possibilitando que aquele cenário tão frio e estrangeiro fosse ressignificado para além de registros digitais em câmeras de celular. Porém, a urgência de seguir prazos, produzir escritos, também acabam por inscrever esse fazer artístico-criativo como um ‘afastamento’, produzindo culpa, bem como uma separação

de funções e possibilidades entre o fazer acadêmico e a criação artística que não necessariamente deveria existir. Conforme dito pela dançarina Jussara Belchior sobre a relação com o tempo:

É preciso reaprender a lidar com o tempo. Sim, há prazos a serem cumpridos, mas o tempo da produtividade artístico-acadêmica precisa encontrar o seu jeito. Não se trata apenas de passar algumas noites sem dormir, escrevendo durante as madrugadas. Não é sobre correr atrás do tempo perdido ou ganhar tempo. É sobre entender um outro tempo. Tempo de artista-acadêmica. [Não é o objetivo aqui aprofundar a reflexão sobre o tempo (duração e irreversibilidade). Por ironia, não há tempo suficiente para isso]. Importa entender que para ser artista-acadêmica é necessário administrar o tempo em inconstâncias. Cada pessoa tem que descobrir suas variações, como atribuir prioridades e como cumprir prazos. É como entrar em um jogo de manipular e ser manipulado pelo tempo (BELCHIOR, 2020).

E nesse processo de manipular e me deixar ser manipulada pelo tempo, pude experimentar, através do bordado, muitas possibilidades de expressão teórica e política acerca da diversidade corporal e, especialmente, junto a coletivos antigordofobia com os quais pude me envolver durante a realização desta pesquisa. A arte, nesse sentido, e as obras que produzia nesse processo, traziam em si meu comprometimento tanto com o fazer acadêmico, na medida em que a partir desta pesquisa também contribuo para a produção de conhecimentos acerca de corpos gordos, como materializam meu modo de criar e sentir o mundo a partir do meu corpo. Nesse sentido, concordo mais uma vez com Gomes (2016), quando afirma:

reconciliei-me com o desenho pelo entremeio antropológico. É engraçado que assim o tenha sido, que tenha “transformado” o desenho num “apoio” ao etnográfico enquanto no passado este tinha existido apenas dentro de um pendur artístico. E é também interessante que o próprio desenho se tenha tornado uma ponte entre mim e as pessoas com quem criei empatia; ou entre os informantes e o antropólogo no geral, se quisermos. Dentro das artes, quanto a mim, existe uma certa presença de alteridade entre quem desenha e aquele que é desenhado – o artista vs o modelo – e esta experiência surgiu-me muito mais assente numa relação de simetria entre pessoas. Antes nunca assim tinha sentido o ato de desenhar (GOMES, 2016).

Nessa produção artística-acadêmica, reaproximei-me de um fazer artesanal há muito tempo esquecido, o bordado. Aprendi a dar os primeiros pontos-cruz²⁷ com minha avó materna. Foram muitas tardes acompanhando atentamente o movimento daquelas mãos, precisas e detalhistas, que contavam as minúsculas tramas do tecido antes de cada passagem da agulha. Posso dizer que minha avó me ensinou também a tecer palavras, pois foram aquelas mesmas mãos que me ensinaram o traçado das letras,

²⁷ O ponto de cruz é a forma mais antiga de bordado à mão, com registros desde a idade média e reproduzido por muitas populações do mundo. É caracterizado por um ponto duplo que cruza diagonalmente as interseções dos fios horizontais e verticais dos tecidos, formando uma cruz. Mais detalhes em: <https://cross-stitching.biz/the-history-of-cross-stitch/>

o som das sílabas e palavras. Aprendi a ler, escrever e bordar antes de ter consciência sobre meu (não) lugar no mundo enquanto menina-mulher-negra-gorda.

Interessante trazer que o bordado e demais técnicas têxteis estiveram, especialmente em sociedades ocidentais, relacionadas com estigmas de classe, gênero e raça, o que faz com que, até a atualidade, artistas se organizem politicamente para a valorização desse tipo de criação artística. Conforme trazido por Marina Dias (2019), tal processo de desvalorização de trabalhos relacionados com o feminino e doméstico (como o bordado) está intimamente associado a sistemas de exploração que têm por base hierarquias de raça, gênero e classe, as quais acabam por operar divisões entre “arte” e “artesanato”.

O artesanato, nesse sentido, foi historicamente categorizado como uma “arte menor”, sendo as produções têxteis excluídas de um circuito de apreciação artística como museus, galerias e espaços públicos. Conforme trazido por Juliana Sousa (2019), esses espaços dão prioridade a grandes pinturas e esculturas de artistas majoritariamente masculinos. Assim, *o bordado é um conjunto de imagens em linhas, texturas, cores, no qual surge um cruzamento entre o tempo do artista, a memória, a tradição, os diversos tempos e contextos de repressão e libertação da mulher* (p. 101).

Apesar disso, o bordado foi o meio utilizado por muitas mulheres ao longo da história para denunciar questões políticas e sociais. Conforme trazido por Dias (2019), as Sufragistas, na Inglaterra, faziam faixas bordadas para denunciar suas pautas. Da mesma forma, as Arpilleras chilenas produziam peças contendo denúncias contra a ditadura no país. Falando especificamente do Brasil, há de se destacar o trabalho de Rosana Paulino, em especial sua série de obras intitulada *Bastidores* (1997). O nome remete, ao mesmo tempo, à moldura de madeira que dá suporte ao tecido, bem como ao papel sempre secundário, sem protagonismo, relegado à mulher negra no país.



Figura 26 - Bordados de Rosana Paulino intitulado *Bastidores* (1997). Em cada peça, há a foto impressa de uma mulher negra com uma parte do seu rosto coberta por um bordado feito com linhas de sutura. A primeira e a terceira na boca, a segunda nos olhos.

Rosana Paulino aborda em suas obras questões relacionadas com gênero, ancestralidade e negritude. Na série Bastidores (1997), imagens de mulheres negras são atravessadas por linhas desconexas em suas bocas e olhos, como forma de denúncia do racismo e do silenciamento relegado a nós, mulheres negras. Nesse sentido,

Paulino consegue então através do bordado existencializar os atravessamentos que o corpo em questão sofre. Consegue criar um novo corpo, que encarna o que podemos chamar de marcas (ROLNIK, 1993), criadas a partir destas experiências sentidas, percorrendo a subjetividade através do ato de bordar. Podemos considerar que a partir destas coreografias proporcionadas pela manualidade, existe a entrega e o afeto, sob influência de uma postura aproximada. Momentos que se dilatam no tempo e permitem que se perceba os fluxos dentro de nós e por entre nossos trabalhos. (DIAS, 2019, p. 56)

Atualmente, diversos trabalhos artístico-culturais utilizam das técnicas do bordado livre para comunicar pautas políticas. Peças bordadas ocupam cada vez mais espaço em galerias de arte, bem como tem sua estética e mensagem disseminada em redes sociais, especialmente feministas. Junto-me a esses coletivos por utilizar meu próprio perfil para divulgar obras que produzo através do bordado e aquarela. Utilizo essa técnica, à qual fui apresentada pela minha avó materna, passando de um mero ritual ligado aos espaços domésticos concedidos à feminilidade, para uma ferramenta de disseminação de vozes e luta. Nesse sentido,

Percebendo o tecer como ato performático, ancestral, e também parte essencial da realidade cotidiana, reconhecendo sua potência em materializar devires; de existencializá-los, como também considerando os devires provocados pelo ato de bordar. A interferência do bordado sobre esse território faz parte de um processo de ressignificação, de retomada desse lugar de pertencer, onde a linha e a agulha entram delineando afetos, inscrevendo os processos que o corpo passa. Desse modo, quando se insere nesse território, gera-se ali um atravessamento, existencializando um devir, costurando uma marca que se fez no corpo. (DIAS, 2019, p. 58)

Figura 27 bordado de Flávia Novais - Blue/2021 (bordado e aquarela). Desenho de uma mulher gorda deitada no chão, com a cabeça apoiada nas mãos e as pernas para cima, apoiadas em uma parede de cor azul.



Diante de minha participação ativa em espaços militantes antigordofobia, produzi algumas peças, dentre elas a intitulada *Blue* (2021), inspirada na performance de dança de Jussara Belchior, *Peso Bruto*²⁸ (2017). Utilizando técnicas de aquarela e bordado, illustrei uma das cenas da série em que a performer apoia as pernas nos fundos do palco. Ilustrar corpos gordos em evidência, especialmente femininos, é algo que inspira muito dos traços que coloco em telas e bastidores de tecido.

A performance *Peso Bruto* (2017), de Jussara Belchior, é também uma forma de colocar o corpo gordo em evidência, trazendo pro centro do palco, através de seus movimentos, uma espécie de denúncia de como essas corporalidades tem sido vistas – e escondidas – em performances artísticas, em especial na dança. De acordo com ela, *Peso Bruto*:

É uma dança de resistência que questiona os padrões de beleza e comportamento na tensão entre formato e embalagem, aparência e conteúdo. Uma dança que explora a materialidade do próprio corpo como caminho de empoderamento, que questiona as noções da gorda como subjetividade que opera um corpo errado, inadequado, não permitido, não belo e não desejável. Uma dança que articula diálogos entre o peso, o desejo, o apetite e a beleza, colocando em contraposição o controle e a brutalidade (BELCHIOR, 2020)

²⁸ Teaser da performance no link <https://www.youtube.com/watch?v=Ckbneej51Vc%20Link%20site:%20https://www.jussarabelchior.com/>

O bordado e o desenho e todo o processo criativo envolvido na criação dessas peças são também parte da metodologia de pesquisa deste trabalho. Toda a construção deste escrito, o qual se propõe discutir cuidados em saúde oferecidos para pessoas gordas e pensar a partir de novos modos tais corporalidades, bem como oferecer propostas de cuidados mais abrangentes também, está atravessada por agulhas, linhas e afetações político-artísticas. A aposta na autoetnografia, explicitada anteriormente, traz em si a necessidade de demonstrar por onde tenho caminhado para fazer tais proposições, e esses espaços englobam cenários bem diversos.

Ao trazer à cena as multiplicidades de contextos que fazem parte da construção deste trabalho, aproximo-me também da proposta de Etnografia de Retalhos (GUNEL, 2020; ALBUQUERQUE, GUNEL, et al., 2023). Sob essa perspectiva, toda a complexidade das vidas de pesquisadores ajuda a moldar a produção do conhecimento, uma vez que situações que poderiam ser descritas enquanto 'limitações' do trabalho de campo (por exemplo, a impossibilidade de convivência social imposta pela pandemia de COVID-19) ou contextos outros que poderiam ser considerados corriqueiros, também fazem parte da produção de *insights* no processo de pesquisa. De acordo com Renata Albuquerque (2023), a Etnografia de Retalhos

Oferece uma abordagem teórica e metodológica feminista, que busca dar visibilidade às contingências pessoais, profissionais e conjunturais enfrentadas pelas pesquisadoras na condução de suas pesquisas. A pesquisa etnográfica, afirmam as autoras, poderia ser pensada enquanto produto construído não a partir da análise de um campo com limites bem definidos, mas a partir da análise de um conjunto de retalhos que envolveria, também, a vida das próprias pesquisadoras (ALBUQUERQUE, 2023).

Ou seja, é uma proposta que parte, como este trabalho, da compreensão da ciência e da produção de conhecimento a partir de um ponto de vista parcial (HARAWAY, 1995), e que *reconceitualiza a pesquisa como um trabalho com, e não contra, as lacunas, restrições, parcialidades do conhecimento e diversos compromissos que caracterizam toda produção de conhecimento* (HARAWAY 1988, CERWONKA e MALKKI 2007, *apud* ALBUQUERQUE, 2023). Ou seja, tem como ponto de partida tanto a aposta na parcialidade, quanto a possibilidade de trazer à tona, no trabalho produzido, contextos relacionados com a vida pessoal de quem escreve. Nesse sentido, não há como propor novos modos de articulação da realidade que permitam outras maneiras de produção de cuidados para além do que são produzidas nas Políticas de Finamento, nem como seguir os fios, as amarras e os pontos falhos desses discursos que são performados por uma série de práticas semiótico-materiais, sem levar em consideração os caminhos que percorri durante a pesquisa no doutorado e todos os afetos que fizeram – e fazem parte

– do viver no mundo enquanto uma pessoa gorda. Vida esta que é atravessada por medos, inseguranças, invisibilidades, mas também se fortalece a partir de encontros com iguais, discussões teóricas feministas e, também, pela produção artística. Dessa maneira, os desenhos e bordados que surgem não servirão para ilustrar o texto escrito, mas representam uma outra forma de comunicar o que está sendo descrito.

2.4 Uma pesquisa em tempos de covid: *hi, bonjour Montreal!*

"De repente, parece que foi ontem. De repente, parece que ainda vai ser"

Rita Lee

Para conversarmos especificamente sobre como a gordura pode ser pensada a partir desses processos de medicalização, cito, não por acaso, Elise Paradis (2016), que analisa a transformação dos discursos acerca do corpo gordo na literatura médica Canadense. Conforme discutido no primeiro capítulo, tive a oportunidade de fazer parte da pesquisa para a composição deste trabalho, em Montreal, na província do Quebec, no Canadá, durante o período de estágio de doutorado no exterior durante seis meses. Em terras canadenses, pude conversar com alguns profissionais de saúde sobre a publicação de um guia, intitulado *Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines (CPGs)*, produzido pela *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)* em 2020. A ideia inicial seria compreender como se dava a aplicação, na prática, desses cuidados em saúde a partir de abordagens integradas sobre a chamada obesidade.

No momento da pesquisa, entre o segundo semestre de 2021 e início de 2022, o Canadá vivia uma primeira tentativa de retorno às atividades presenciais, mas ainda com bastante cautela. Para entrar no país, além da preocupação com a documentação do visto, era necessário apresentar um *Plano de Quarentena* e anexá-lo a um aplicativo chamado *ArriveCan*, obrigatório a todas as pessoas que atravessassem a fronteira aérea do país. O Plano de Quarentena deveria conter o endereço de uma hospedagem individual, que possibilitasse o total isolamento por 15 dias, em caso de teste positivo, o qual poderia ser solicitado no aeroporto em Montreal, no momento da chegada. Nesse aplicativo, deveríamos incluir o comprovante de vacinação e o resultado negativo de um teste de Covid-19, realizado com no máximo 72 horas antes da viagem. Todos esses documentos deveriam ser levados impressos também.

Use ArriveCAN to submit your customs declaration when you enter Canada

Save time and make your customs and immigration declaration using Advance CBSA Declaration in ArriveCAN.



Download on the
App Store

GET IT ON
Google Play

Sign in to
ArriveCAN online

Canada

Get this **free and secure traveller app** for your mobile device. Available in English, French and Spanish. Download the latest version of ArriveCAN or select "update" in your app store.

There is also a **web version of the app**. We recommend this version for people who are not comfortable using mobile devices.

Figura 28 - Print do Aplicativo ArriveCan (arquivo pessoal - 2021). A logo do aplicativo é formada por duas mãos que se fecham ao redor de uma folha de Maple, símbolo presente na bandeira do Canadá.

Vivíamos em um constante processo de reocupação dos espaços coletivos (até a minha viagem, permaneci em total isolamento, mesmo depois das primeiras doses vacinais), sempre permeados pela vigilância cotidiana em relação à quantidade de casos e boletins diários que eram publicados. Em Montreal, era obrigatória a utilização de máscaras faciais em transportes públicos, escolas, lojas e qualquer espaço fechado, sendo necessário apresentar um comprovante de vacinação específico da província do Quebec ao entrar em estabelecimentos comerciais ou públicos em ambientes fechados.

Importante ressaltar algumas particularidades locais para que questões relacionadas com a língua francesa, acessos a espaços de saúde e alguns obstáculos que enfrentei fiquem um pouco mais evidentes. Montreal é uma cidade portuária e a segunda mais populosa da província do Quebec. Sua principal característica é ser uma cidade considerada bilíngue, com a presença simultânea do inglês e francês. Conforme demonstrou Davies (2022), a divisão linguística da cidade se mostra também em sua distribuição geográfica, ficando na parte leste a maior presença do francês e, no oeste, a predominância de espaços comerciais e públicos anglófonos. Ainda que exista uma forte ligação da província do Quebec à França, tem destaque a participação de imigrantes irlandeses, escoceses e ingleses na constituição da cidade de Montreal, influência que pode ser percebida também pela nomeação em inglês de espaços públicos, como ruas, estações de metrô, bairros, entre outros.

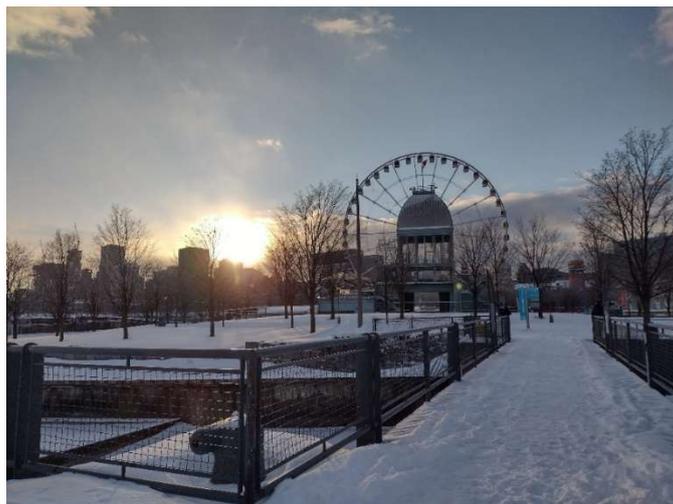


Figura 29 foto do Old Port/ Vieux Port - Montreal (arquivo pessoal, 2021). Fotografia de um ambiente aberto completamente tomado pela neve. No horizonte, o sol se põe sobre a silhueta de arranha céus da cidade, ao lado de uma montanha-russa, ponto turístico da cidade.

O bilinguismo de Montreal faz com que a comunicação, ao menos nos espaços comuns da cidade, seja mais bem manejada por pessoas fluentes em inglês, que é meu caso. Minha comunicação em francês é bem precária, e ainda que eu consiga compreender (quase) totalmente o que é dito, sinto-me muito mais confiante ao me expressar em inglês. O caráter bilingue da cidade é demonstrado, por exemplo, em atendimentos em espaços comerciais como restaurantes, supermercados, cujos funcionários normalmente cumprimentam os consumidores com um característico “*Hi, Bonjour!*”, deixando em aberto a decisão pelo idioma com o qual se dará o restante do contato. Em sua tese sobre imigração, Júlio Davies (2022), destaca que:

Ao andar por bairros, como Plateau Mont Royal ou Vieux Port, escuta-se francês o tempo todo; já ao caminhar pelo entorno da Universidade McGill (anglófona) e pelo centro financeiro da cidade, ou ainda pelo sudoeste da Ilha, em bairros como Lionel Groulx, se escuta o inglês, fazendo de Montreal uma cidade global (HANNERZ, 1996) diferente das demais. Para entender melhor esse dilema identitário, é necessário recorrer à história da província francófona do Quebec, na gestação de um nacionalismo minoritário Quebecois, fortalecido após um processo de “secularização” da administração pública provincial, denominado Revolução Tranquila (DAVIES, 2022).

O idioma predominante da *Université du Québec à Montréal (UQAM)*, em suas aulas e atividades, é o francês, mas não tive nenhum tipo de resistência por me expressar em inglês. Durante o estágio de pesquisa, tive a oportunidade de muitas trocas com colegas na disciplina *Corps et Société*, oferecida pelo *Département de Sociologie da Université du Québec à Montréal* e ministrada pela professora Débora Krischke Leitão, tutora durante o

período de doutorado sanduíche. Porém, no dia a dia, é perceptível a preferência pela utilização do francês na comunicação, mesmo em espaços abertamente bilingues. Porém, o principal obstáculo para a realização da pesquisa não foi exatamente o idioma (apesar de ser mais difícil ainda a compreensão de uma língua nova com os interlocutores usando máscara facial). Além de ser estrangeira e não contar com uma extensa rede de contatos, ainda vivíamos o desgaste dos serviços de saúde em decorrência da pandemia de COVID-19, apesar de os casos terem diminuído e as emergências não estarem mais superlotadas naquele momento. Cabe destacar também a dificuldade em acessar diretamente os profissionais de saúde, tendo em vista o modelo de saúde pública oferecido no Canadá.

O Canadá possui, como o Brasil com o SUS, um sistema de saúde público, mas com algumas características específicas. De acordo com Frazattokaren e Bigatto (2019), a Lei Canadense de Saúde garante financiamento para os sistemas de saúde provinciais que devem seguir princípios de gestão pública, integralidade, universalidade, acessibilidade e transferibilidade (de acordo com as autoras, trata-se de um ressarcimento em caso de o usuário necessitar de cuidados médicos fora do território nacional). Segundo as autoras, os serviços de saúde canadenses são divididos nos seguintes níveis de atenção:

- 1) *Première Ligne* (serviços de primeira linha): cuidados de atenção primária e acolhimento em diversos serviços de saúde, com base territorial;
- 2) *Deuxième Ligne* (serviços de segunda linha): atendimentos hospitalares, cuidados paliativos e atendimentos de longa duração;
- 3) *Troisième Ligne* (serviços de terceira linha): conhecidos como atenção especializada ou suplementar, são serviços outros de cuidados em saúde, tais como fisioterapia, odontologia, fornecimento de materiais, aparelhos e equipamentos médicos.

De acordo com Eleonor Conill (2000), o Quebec foi a última província a implantar o seguro saúde universal na década de 1960. Nessa época, ocorria na província o que estudiosos chamam de Revolução Tranquila²⁹, fazendo com que tais

²⁹ Transformações profundas que ocorreram na sociedade quebecoise, na qual o Quebec passa de uma sociedade meramente rural e tradicionalmente católica para moldes mais modernos e capitalistas. Para mais detalhes, ver Davies (2022) e Conill (2000).

reformas fossem consideradas um modelo de política de saúde comunitária. Conforme Conill (2000), o desenvolvimento do sistema de saúde do Quebec pode ser dividido em três momentos distintos: 1) De 1970 a 1980, com a implementação do sistema; 2) 1980 a 1990, a consolidação do funcionamento dos serviços e primeiras avaliações; e 3) A partir de 1995, quando ocorrem as implementações de transformações que foram mantidas até os dias atuais.

O sistema de saúde oferece a possibilidade de cidadãos canadenses terem um *Médico de Família* para acompanhamento dos cuidados em saúde. Porém, apesar de ser um direito garantido, há relatos constantes sobre a demora, que chega a ser de até três anos de espera, seja pelo número insuficiente de médicos cadastrados como pela falta de mão de obra especializada, tão característica do Canadá. Tal cenário de escassez de profissionais ficou ainda mais evidente após a emergência de saúde global imposta pela COVID-19.

É comum que a população busque atendimentos relacionados com a primeira linha de serviços, como obtenção de receita médica para problemas mais leves, com farmacêuticos ou profissionais da enfermagem, pelo serviço telefônico chamado *Info Santé* ou em algumas farmácias cadastradas. Em caso de exames ou consultas pontuais, podem recorrer às chamadas *Cliniques Médicales* ou *Cliniques Sans Rendez-Vous*, que são espaços em geral de atendimento privado.

Em termos gerais, todas as pessoas que tiverem visto de trabalho, residência permanente ou temporária, têm acesso garantido ao serviço de saúde gratuito no Quebec. A *Régie de l'Assurance Maladie du Québec (RAMQ)*, ou Agência de Seguro-Doença do Québec, é o órgão que fiscaliza e organiza diretamente os serviços em saúde da província. De acordo com William Zimmermann (2021), é esse órgão que determina desde a remuneração de profissionais a tipos de serviço que cada usuário terá acesso. Faz parte das atribuições do órgão também o gerenciamento do *Régime Public d'Assurance Médicaments du Québec*, ou Regime Público de Seguro-Medicamentos do Québec. Trabalhadores temporários precisam aguardar um período de três meses de trabalho na província para ter direito à atenção gratuita. Turistas e pessoas com Visto de Estudante não têm direito de acesso ao sistema público, necessitando adquirir seguro-saúde e/ou afins para o custeio de cuidados em saúde.

Levando em consideração o contexto, tanto de complexidade do sistema de saúde do Quebec quanto a emergência sanitária em decorrência da COVID-19 que ainda se mostrava bastante presente no cotidiano naquele momento, todo o meu campo de pesquisa no Canadá precisou ser organizado em espaços virtuais: a partir do acompanhamento de grupos do Facebook (em especial o *Grossophobie.ca*, *Groupe anti-*

grossophobia/fat-shaming) bem como sites de notícia locais, busca por profissionais de saúde que trabalhavam diretamente em departamentos de pesquisa da universidade, até a busca por profissionais a partir de redes de contato com colegas e conhecidos, especialmente a partir de coletivos de brasileiros pesquisadores na cidade. O uso da abordagem *snowball* ou “Bola de Neve” (SANCHEZ e NAPPO 2002), em que cada pessoa entrevistada deve indicar outras participantes, para uma pesquisadora estrangeira como eu, acabou sendo a melhor das possibilidades.

De maneira geral, para a composição desta pesquisa enquanto uma autoetnografia pensada desde a artesanania dos fazeres do bordado, costuro relatos de situações vividas e sentidas por pessoas gordas – algumas delas também profissionais de saúde - documentos e políticas públicas, inspirações artísticas e teóricas, práticas de exercício, rotinas de alimentação e muitos contextos e cenários percorridos. Conforme já afirmado, essa investigação foi feita em muitos espaços: desde países diferentes como Colômbia, Canadá, Brasil ao limite do ambiente doméstico durante a pandemia de COVID-19, período no qual foi necessário encontrar novas formas de se vivenciar o tempo e reinventar práticas de cuidado.

Assim, em território canadense, conversei com duas profissionais da fisioterapia ligadas a pesquisas na *Université de Montréal* e um grupo de três nutricionistas que fazem uma formação para profissionais de saúde que se baseia no HAES³⁰, intitulada *Pratique Inclusive*. Também pude entrar em contato com uma pessoa membro da organização *Obesity Canada* - uma das responsáveis pela publicação do *Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines (CPGs)* - bem como uma pessoa membro da organização *Centre de Santé des Femmes de Montréal*, a partir de uma palestra sobre direitos e acessos a serviços de saúde direcionados às mulheres feita para mulheres imigrantes. Além das dificuldades em acessar profissionais da medicina, percebi que, apesar do processo apontado por Paridis (2016) que aponta para o processo de medicalização pela qual a gordura corporal tem passado nas últimas décadas, destacando a importância da utilização de índices epidemiológicos na construção da epidemia de obesidade e a importância do IMC para esse processo de medicalização de corpos gordos, na prática, a utilização do guia não se mostra tão presente no cotidiano dos atendimentos.

No Brasil, a maioria das entrevistas que realizei durante a pesquisa foi feita a partir de uma postagem-convite compartilhada nas minhas próprias redes sociais, direcionada a pessoas gordas e/ou profissionais de saúde, para conversar sobre

³⁰ Health at Every Size (HAES) é um movimento interdisciplinar que muda o foco do controle de pesos e medidas para a promoção da saúde. A intenção principal do HAES é apoiar comportamentos de saúde melhorados para pessoas de todos os tamanhos sem usar o peso como mediador, sendo que a perda de peso pode ou não ser um efeito colateral.

cuidados em saúde e gordofobia. O intuito do compartilhamento do convite foi que, a partir de redes de relações já estabelecidas através de minha participação ativa na militância gorda e espaços de discussão acerca da diversidade corporal e lutas pela despatologização de corpos e utilizando a abordagem *snowball* ou “Bola de Neve”, fosse possível entrar em contato com contextos e realidades múltiplas acerca da busca por cuidados em saúde por pessoas gordas.

Dezenas de pessoas entraram em contato, a maioria de Porto Alegre, cidade em que resido atualmente. Depois de conversas iniciais e combinações, foram realizadas, ao todo, 21 entrevistas. Delas, 17 eram mulheres cisgênero em sua maioria brancas (apenas duas delas se autodeclararam negras) e quatro homens (um homem trans e três homens cisgênero), todos brancos. A faixa-etária das pessoas entrevistadas foi de 20 a 62 anos, que englobou desde profissionais da medicina, enfermagem, nutrição a psicólogos, antropólogos, jornalistas, pessoas aposentadas, profissionais autônomos, dentre outros. Essa investigação obedeceu a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) e está devidamente registrada na Plataforma Brasil.

Importante ressaltar que, em relação às entrevistas realizadas, o campo não é equivalente nos dois países (Brasil e Canadá), e são articulados a partir da proposta autoetnográfica. Dessa maneira, os diálogos realizados e os devidos contextos não foram analisados a partir de uma perspectiva comparativa, mas de modo a demonstrar os caminhos percorridos e os diálogos alcançados a partir da minha perspectiva localizada.

No capítulo seguinte, a partir de uma análise um pouco mais aprofundada sobre políticas de saúde pensadas para corpos gordos e como, na prática, tais decisões têm sido sentidas e vividas nos corpos de quem é considerado “fora de forma”, será vista a atuação de uma forma de moralidade determinada não apenas individualmente, mas em níveis locais, nacionais e supranacionais, profundamente disseminada tanto em políticas e práticas sociais do cotidiano como em práticas políticas governamentais, organizações de saúde e agências biopolíticas.

3.

Políticas de Finamento

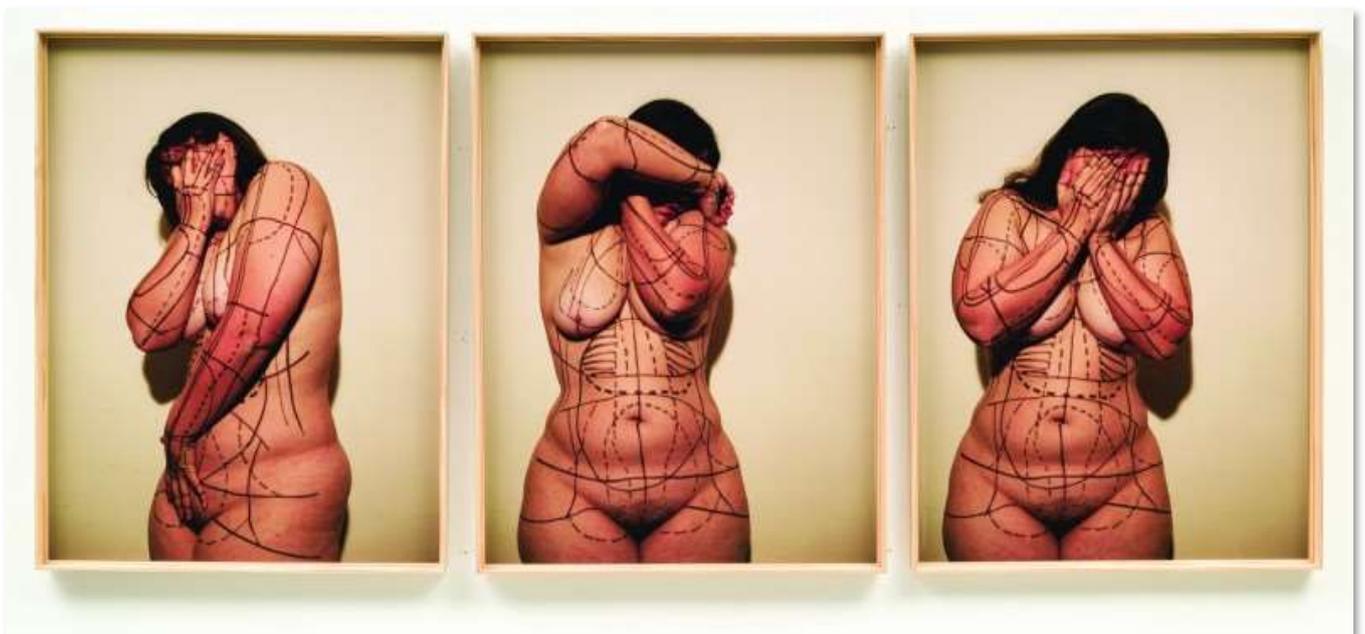


Figura 30 Marcela Tiboni - Estudo para desenho de corpo feminino (2006). Três imagens de uma mulher branca cobre o rosto com as mãos e tem o corpo marcado por linhas e traçados que remetem a procedimentos estéticos cirúrgicos.

Há vários dias, a rotina era a mesma. Acordar de madrugada, colocar a bolsa quente nas costas e esperar que o relaxante muscular fizesse efeito e, assim, finalmente conseguir dormir. Há vários meses, desde o início da quarentena, Jéssica passa horas a fio sentada na sua mesa em intermináveis videoconferências e *lives*. Com o passar do tempo, as dores nas costas seriam inevitáveis. Começaram aos poucos: uma esticadinha aqui, uma caminhada ali, era fácil de resolver. Pouco a pouco foi ficando cada vez mais difícil cumprir os prazos. As dores passaram a ser constantes, e, em pouco tempo de trabalho, Jéssica já sentia aquele desconforto latejante na lombar.

Procurou um clínico geral conhecido da família e, antes que pudesse explicar a ele sobre sua rotina de trabalho, o médico já tinha um diagnóstico: entregou-lhe um encaminhamento a um nutricionista muito eficiente, e, caso fosse de seu interesse, poderia dar uma olhada em um informativo sobre cirurgia bariátrica que ele tirou de dentro de sua gaveta. “Pode ser uma ótima alternativa, Jéssica. A sua qualidade de vida agradecerá”, disse num tom quase ameaçador.

Ser encaminhada a nutricionistas sem pedir por isso já não era uma surpresa para ela. Afinal de contas, todo mundo conhece alguma receita infalível para perda de peso e “toda mulher gorda está, necessariamente, precisando de uma dica, né?” Pensa, ironicamente. Joga fora o informativo da clínica que o médico prontamente lhe entregou e cogita procurar outra especialidade médica que possa sugerir algo realmente eficiente para que suas dores finalmente desapareçam.

Trocou a cadeira do escritório, colocou uma caixa para apoiar os pés e ajustou o posicionamento do computador. Viu e testou inúmeras práticas de alongamento online se esticando em um colchonete de Yoga no meio da sala, de frente pra TV. Nada parecia fazer efeito e as dores aumentavam dia após dia. Até que, em uma manhã, enquanto tomava café durante uma reunião com toda a equipe de trabalho, Jéssica sente uma pontada forte que faz até sua respiração ficar limitada. Mal consegue se mover, não tem forças sequer para chorar. Imediatamente fecha o notebook e tenta se movimentar até a mesinha ao lado da escrivaninha para pegar seu celular e pedir ajuda, mas, antes que chegue lá, cai

no chão. Quase sem fôlego, Jéssica consegue gritar por socorro, quase sem esperanças de ser ouvida. Sorte que, justamente nesse dia, José, o “faz tudo” do prédio, estava em seu apartamento arrumando a infiltração na cozinha.

Seu Zé, como era conhecido, ouviu o gemido-suplício de Jéssica vindo do escritório lá do outro lado do apartamento. Saiu imediatamente da cozinha, atravessou o corredor e sem pensar duas vezes abriu a porta do cômodo. E lá estava Jéssica, estendida no chão, chorando em silêncio. Seu Zé ligou para a ambulância e chamou o porteiro para ajudar. Os dois tentaram levantar Jéssica, mas ela chorava de dor a cada investida. “É melhor a gente esperar o socorro chegar, dona Jéssica. Eles já tão vindo.”, explicava pacientemente a ela. Quando a ambulância chegou, já havia um certo frisson no prédio de poucos apartamentos. Alguns vizinhos estavam na sala, uns preocupados e outros com um ar de certo desdém e a porta do apartamento estava aberta. Nem mesmo a orientação de evitar aglomerações os impedia de permanecerem amontoados no sofá e nas cadeiras da copa do apartamento para acompanhar o socorro da vizinha. Os enfermeiros entraram no escritório e, antes mesmo de prestarem os primeiros atendimentos, começaram um diálogo interminável entre si:

- A maca, tem que ligar pro outro carro porque nesse não tem.
- O outro carro está na Zona Sul, não tem como vir aqui agora.
- Ela vai precisar de uma ressonância, no aparelho da Santa Casa ela não vai caber.
- Liga pra Central, eles devem saber onde podemos encontrar outra maca daquelas.

Seu Zé tenta explicar à Jéssica que eles estão resolvendo. Jéssica, imóvel, só deseja não sentir mais aquela dor aguda e conseguir se movimentar. Um dos enfermeiros aplica uma medicação em Jéssica que a faz dormir em poucos minutos. Ela consegue ouvir, antes de apagar, que ela seria levada em seguida, que estava chegando um carro que tinha uma maca especial para “pessoas como ela”, que havia sido cedida por um hospital veterinário. Jéssica, incrédula, diz “ve-te-ri-ná-rio...”, quase sem articulação e apaga.

Jéssica é uma personagem ficcional. Porém, sua história foi criada como um encadeamento de incidentes e práticas que se repetem cotidianamente na experiência de pessoas gordas e que pude, desde a autoetnografia, acompanhar nesta pesquisa. O julgamento moral e constante imperativo de que pessoas gordas, como eu, precisam emagrecer é apenas a ponta do *iceberg* da gordofobia. A valorização de corpos magros, característico de nossas sociedades ocidentais, é parte de uma máquina poderosa cujas engrenagens se configuram em dietas, exercícios, medicamentos, programas de emagrecimento, dentre outros lucrativos processos de padronização, que servem a uma sociedade capitalista, machista e racista.

Ou seja, como parte desse processo, somos também interpelados pela noção de que precisamos nos manter saudáveis a todo custo. A esse “saudável”, podemos associar “magro” como sinônimo, e a cultura do emagrecimento faz parte da formação de nossas subjetividades, especialmente quando se trata da vida de mulheres cisgênero. O ideal do corpo magro como saudável é disseminado em nossa sociedade. Quem foge a esse padrão é, desde muito cedo, bombardeado pela mídia, família, escola, sobre os riscos de habitar um corpo considerado fora do padrão. O risco em permanecer gordo, além de uma prova do desleixo consigo mesma, é compreendido como algo que cedo ou tarde cobrará seu preço.

Corpos gordos sempre existiram, mas o ideal de magreza enquanto padrão de beleza, saúde, bem-estar, nem sempre foi vigente em sociedades ocidentais. No capítulo I, vimos como corpos gordos foram compreendidos no decorrer do tempo e como foram sendo considerados patológicos. Neste capítulo, nos aprofundaremos um pouco mais sobre o que é entendido e performado como obesidade a partir de políticas públicas e relatos cotidianos. Ou seja, materialmente, aqui falaremos também de pontos, cortes, costuras, mas de maneira encarnada, ou seja, procedimentos feitos diretamente nos corpos considerados “em excesso”, através de cirurgias e tratamentos das mais diversas ordens, com fins no afinamento dos corpos e perda de peso.

Dito de outra forma, aqui pretendo percorrer modos de materialização de corpos considerados “obesos” em forma de procedimentos cirúrgicos, tratamentos experimentais, mutilações, que são usadas como intervenções de “cura” consideradas necessárias e, por vezes, inevitáveis. A esse conjunto de políticas em saúde, cirurgias, dietas, normas – e todo o aparato semiótico material envolvido – que tem como fim o emagrecimento, estou chamando de *Políticas de Finamento*, referindo-me a práticas artesanais de produção de magreza.

Dessa forma, falaremos mais diretamente sobre tratamentos, procedimentos cirúrgicos, dietas, medicamentos direcionados a corpos considerados pesados demais.

Cortes e costuras encarnados podem, muitas vezes, produzir feridas irremediáveis para além do corpo. Além disso, entraremos em contato com relatos que trazem à tona situações vividas por pessoas que gentilmente conversaram comigo para a construção desta escrita, bem como casos que ganharam repercussão na mídia sobre o estigma acerca de corpos e sua constante patologização estar diretamente ligada a situações humilhantes e violências vindas de profissionais de saúde direcionadas a pessoas gordas. Ou seja, buscarei apresentar a própria operacionalização das Políticas de Finamento, que, através de discursos e práticas, podem tanto produzir corpos adoecidos, afetos negativos acerca da própria corporalidade, como justificar negligências médicas, procedimentos mutiladores prescritos em massa, adoecimentos psiquiátricos e, muitas vezes, a própria morte.

Inúmeras vezes fui interpelada pelo imperativo de correção e “afinamento” do meu próprio corpo, durante toda a vida, seja por profissionais de saúde quanto pela família e pessoas das muitas relações sociais que percorri até aqui. Apesar de não ter passado por procedimentos cirúrgicos invasivos com esses fins, o risco de morte atribuído a corpos gordos e a urgência em “correção” de determinadas medidas consideradas “grandes demais” para uma menina/mulher certamente me atormentaram em diversos momentos através da fome, da proibição e do controle exercidos sobre mim. Descortinar a história de corpos gordos em sociedades ocidentais e a produção da gordura corporal como algo a ser controlado (e temido) é, de alguma forma, compreender que todas as violações sofridas por mim e pelas pessoas que fazem parte desta pesquisa estão diretamente conectadas.

3.1 O Índice de Massa Corporal (IMC) e o diagnóstico da chamada obesidade

O diagnóstico de obesidade é feito, principalmente, a partir do Índice de Massa Corporal (IMC), que nada mais é do que o cálculo de uma média entre o peso e a altura da pessoa. De acordo com as Diretrizes brasileiras de obesidade, publicada pela Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (ABESO) em 2016, tal medida é utilizada para avaliar a adiposidade corporal. É um método amplamente disseminado nas práticas de cuidado principalmente por sua praticidade e nenhum custo. Porém, o próprio documento destaca que, apesar de sua utilização em larga escala, tais níveis podem demonstrar resultados divergentes em função de idade, sexo, etnia, rotinas de exercício, dentre outros fatores. De acordo com o documento:

O IMC não é capaz de apurar com precisão a distribuição da gordura corporal. A medida da distribuição de gordura é importante na avaliação de sobrepeso e obesidade porque a gordura visceral (intra-abdominal) é um fator de risco potencial para a doença, independentemente da gordura corporal total. Indivíduos com o mesmo IMC podem ter diferentes níveis de massa gordurosa visceral. A distribuição de gordura abdominal é claramente influenciada pelo sexo: para algum acúmulo de gordura corporal, o homem tem, em média, o dobro da quantidade de gordura abdominal em relação à mulher antes da menopausa. Além disso, o IMC não é indicador do mesmo grau de gordura em populações diversas, particularmente por causa das diferentes proporções corporais. (ABESO, 2016, p. 15)

Ainda que esteja explícito que outros fatores são mais determinantes acerca do risco à saúde do que o próprio IMC, tal medida é utilizada para que os cuidados sejam pensados e distribuídos nas redes de atenção do SUS. Ou seja, de acordo com o IMC, os usuários são encaminhados a profissionais e serviços que podem incluir desde o aconselhamento nutricional até encaminhamentos para cirurgias.

Os diagnósticos que determinam a gravidade e que servem de base para que se pense políticas públicas são realizados a partir da utilização do Índice de Massa Corporal (IMC) e índice de adiposidade central, ou seja: as medidas da circunferência dos corpos. De acordo com Holanda et al. (2010), utiliza-se a antropometria por ser o método menos custoso, de fácil manejo e amplamente conhecido tanto por profissionais quanto pela população em geral. Além do IMC, tem se convencionado utilizar a Circunferência da cintura (CC), que é pensada como complementar na realização do diagnóstico por identificar um certo padrão de distribuição da gordura nos corpos, especificamente a massa de gordura abdominal (subcutânea e intra-abdominal). São consideradas preocupantes medidas maiores ou iguais a 80 cm para as mulheres e maior ou igual a 94 cm para os homens, e quando maior ou igual a 88 cm para as mulheres e maior ou igual a 102 cm para os homens.

O IMC, conforme a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (ABESO), pode ser calculado a partir do valor do peso dividido pela altura ao quadrado. Por exemplo, uma pessoa que pesa 100 kg e tem 1,70 cm de altura faria o seguinte cálculo:

$$1.70 \times 2 = 3.4$$
$$100 : 3.4 = 29.4 \text{ (IMC)}$$

De acordo com os níveis predeterminados, essa pessoa fictícia já seria considerada com sobrepeso, pois as medidas utilizadas por estudos que servem como base para políticas de saúde determinam o peso normal definido como $18,5 < \text{IMC} < 25 \text{ kg/m}^2$; sobrepeso como $25 \leq \text{IMC} < 30 \text{ kg/m}^2$ e obesidade como $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$. Cabe

ressaltar que tais métricas possuem uma longa história, que começa a partir do estatístico belga Adolphe Quetelet com a publicação de sua obra denominada *Le poids de l'homme aux différents ages* no ano de 1832, sendo o primeiro estudo que levava em consideração a distribuição de pesos de seres humanos. De acordo com Poulain (2013), esse documento trata de um registro do peso de habitantes de Bruxelas em diferentes estágios da vida, desde o nascimento até a velhice, e pretendia, naquele momento, compreender como a relação entre peso e altura se modificava no decorrer da vida. Ao longo do século XIX, a relação entre altura e peso foi avaliada a partir de diferentes versões, em medições feitas especialmente em estudos de antropologia física e biológica como ferramentas antropométricas (LIVI, 1987; ROHRER, 1908; KAUP, 1921; SHELDON et al., 1940; *apud* POULAIN, 2013).

Na década de 1970, nos Estados Unidos, companhias de seguro estavam utilizando métricas não muito precisas e confiáveis para avaliar o risco de problemas de saúde, e a partir disso, cobrar mais pelos futuros segurados. Para solucionar esse problema, o médico Ancel Keys pensou em uma forma de padronização dessas medidas, a partir de um estudo com cerca de 7 mil pessoas utilizando a então métrica de Quetelet. De acordo com Poulain (2013), Keys renomeou a métrica P/A^2 como Índice de Massa Corporal e, desde então, tem sido amplamente utilizado, sendo desenvolvidas categorias, de modo um tanto arbitrário, que relacionam tais níveis a determinados problemas de saúde. A praticidade de utilização e a simplicidade de aplicação faz com que, apesar de muito utilizadas, tais medidas também apresentam uma perda de confiabilidade, quanto utilizadas para o controle de pesos e medidas de indivíduos isolados. De acordo com o autor

Embora seja um bom indicador para classificar os indivíduos em função de sua quantidade de matéria gorda numa escala populacional, isso não é o que acontece na escala individual. Realmente, o IMC induz riscos de erros ligados à parte variável da massa óssea, da massa muscular, e dos líquidos do peso corporal porque não leva em consideração a verdadeira composição corporal, isto é, as proporções de massa gorda e de massa magra. Assim sendo, o IMC deve ser considerado como um simples instrumento a serviço da pesquisa epidemiológica ou do pré diagnóstico na prática clínica. (POULAIN, 2013, p. 181)

O que é dito sobre peso tem forte influência do IMC em disciplinas diversas, desde medicina até psicologia, educação, estudos culturais, dentre outros. Halse (2009) associa essa disseminação por conta, principalmente, da capacidade persuasiva do positivismo científico, a partir de uma medida objetiva de números e métricas. Porém, ainda assim, não deve ser compreendida como uma verdade absoluta sobre o que pode ser considerado saúde ou não na medida em que

O conceito de que o IMC pode determinar o sobrepeso e a obesidade, bem como outras categorizações relacionadas ao peso (incluindo baixo peso e anorexia nervosa) pressupõe que existe uma norma onipresente e definitiva para o peso. Mas o que constitui um peso saudável “normal” está longe de ser claro. Mesmo aqueles que defendem o uso do IMC como ferramenta epidemiológica admitem que “os limites do IMC são arbitrários” (JAMES, LEACH, KALAMARA e SHAYEGHI, 2001, p. 228). Além disso, a noção de uma “norma” de IMC pressupõe que existe um peso ideal aplicável a todos os gêneros, culturas, contextos socioeconômicos e regiões geográficas. O erro dessa suposição ficou evidente quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) anunciou que a norma do IMC seria de 20 a 24,9. A resposta na Ásia foi uma “demanda por uma faixa mais limitada de IMCs normais (ou seja, 18,5 a 22,9 kg/m² em vez de 18,5 a 24,9 kg/m²)” com base em outras comorbidades associadas ao excesso de peso nessa região (JAMES, LEACH, KALAMARA, & SHAYEGHI, 2001, p.228).

Além disso, Christine Halse (2009) afirma que o IMC é uma tecnologia biopolítica complexa que interfere na construção da personalidade e da identidade entre os (bio)cidadãos do mundo. A autora parte da reflexão acerca de que na medida em que o discurso de virtude se configura em valores, crenças e práticas que produzem entidades compreendidas enquanto dignas e desejáveis, são estes dois os discursos contemporâneos mais atuantes na contemporaneidade: o conceito de peso normativo determinado pelo IMC e a noção de cuidado de si e com o outro que é base para a identidade desse biocidadão.

Partindo do conceito de cidadania biológica cunhado por Rose e Novas (2003), que fala da maneira como a individualidade somática, ou seja, características físicas, enfermidades, genética fazem na contemporaneamente parte da composição de identidades e determina a relação dos sujeitos consigo mesmo e com os outros, Halse (2009) reflete sobre como esses biocidadãos se constituem enquanto sujeitos a partir dos valores de IMC. De acordo com a autora, *o IMC é uma categoria física que constrói uma economia moral de virtude na qual indivíduos e populações são divididos em linhas sociais, políticas e econômicas* (HALSE, 2009, p. 2).

No próximo tópico, veremos como tais medidas serão utilizadas na prática, seja para a criação de políticas públicas que tem como finalidade o emagrecimento, como também está inserido em todo o conjunto de práticas, discursos e procedimentos que acabam por produzir o ideal de que corpos gordos estão em risco e necessitam de correção.

3.2 Políticas de Finamento: Políticas Públicas e Campanhas de Combate à “Obesidade”

Conforme visto anteriormente, a partir de medidas universalizantes como o IMC e a circunferência abdominal é que são, estatisticamente, calculados os riscos de saúde pública de uma população, relacionando tais níveis com adoecimentos secundários intimamente associados à gordura em excesso nos corpos. De acordo com Patricia Camacho Dias et al. (2017), a obesidade é considerada uma epidemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de origem multifatorial. Vários países no mundo vêm criando políticas de controle do peso de sua população. Nesse contexto, apresentei anteriormente um pouco do cenário canadense, que pude acompanhar durante o Doutorado Sanduíche. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) promove, via Ministério da Saúde, atividades e programas como a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN, 1999), que propõe diretrizes de prevenção e tratamento da obesidade por meio do SUS. Nesse sentido, Patrícia C. Dias et al. (2017) demonstram que, desde os anos 1990, o Ministério da Saúde a partir da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) tem pensado ações de prevenção e tratamento do que chamam de obesidade no âmbito do SUS.

De acordo com a publicação, a justificativa para a organização de diretrizes específicas para as chamadas Doenças Crônicas se dá a partir do indicativo de que tais adversidades são responsáveis por aproximadamente 72% das causas de morte e por custarem investimentos a longo prazo para os cofres públicos. Apresenta-se, também, o indicativo de que 52,6% dos homens e 44,7% das mulheres com mais de 18 anos estão acima do peso considerado saudável. Ainda, a partir de dados da Organização Mundial da Saúde (2003), o excesso de peso é responsável por 58% da carga de doença relativa ao diabetes tipo II, 39% da doença hipertensiva; 21% do infarto do miocárdio; 12% do câncer de cólon e reto; e 8% do câncer de mama e responde diretamente por parcela significativa do custo do sistema de saúde nos países (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Tais Diretrizes e Cuidados surgiram a partir da criação, em 2011, do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), produzido pelo Ministério da Saúde, que foi pensado para a construção de políticas públicas voltadas ao controle e cuidados de tais doenças, bem como dos fatores de risco a elas relacionados. Sua criação tem como propósito mais geral utilizar serviços e atividades que já integram a atuação das equipes de saúde, propondo a construção de uma rede de cuidados a pessoas acometidas pelas doenças crônicas. Além disso, destaca-se, como principais objetivos:

1. Fomentar a mudança do modelo de atenção à saúde, fortalecendo o cuidado às pessoas com doenças crônicas.
2. Garantir o cuidado integral às pessoas com doenças crônicas.
3. Impactar positivamente nos indicadores relacionados com as doenças crônicas.
4. Contribuir para a

promoção da saúde da população e prevenir o desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Em 2006, foi publicado um Caderno de Atenção Básica direcionado ao tratamento e prevenção da obesidade, que trazia tanto ações com enfoque individual acerca da gordura corporal como também coletivas relacionadas especialmente com a proposição de uma alimentação mais saudável. Além disso, foi criado, em 2006, o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), pensado para a organização de atividades e ações relacionadas com a produção e o consumo de alimentos. Fazem parte do SISAN o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), as Conferências Nacionais e a Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN).

Além disso, desde 2013, a obesidade foi inserida como campo de ação dentro da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Em 2013, essa condição foi incluída na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Assim, a obesidade consta na 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), enquadrada nos termos de doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas. Tal condição é pensada tanto como uma doença em si como também um fator de risco para outras enfermidades. Está, também, relacionada com insegurança alimentar e nutricional, falta de exercícios físicos, dentre muitos outros processos que não podem ser previstos por serem multifatoriais. Assim, segundo Patricia Camacho Dias et al. (2017):

A construção histórica da obesidade como problema de saúde pública no Brasil tem sido influenciada pelo debate sobre promoção da saúde, como identificado nas duas edições da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNaPS). Ainda que não tratem diretamente da obesidade, tais políticas consideram a alimentação adequada e saudável e as práticas corporais e de atividade física como prioritárias, abordando-as em uma perspectiva que transcende, mas não exclui, ações individualizadas. A PNaPS destaca a relação desses dois pilares com a promoção da saúde, a segurança alimentar e nutricional, a redução da pobreza, a inclusão social e a garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável. (DIAS et. al., 2017)

Nesses termos, considera-se, mesmo dentro dessas políticas, maneiras diversas de se pensar o tratamento dessa condição entendida enquanto patológica, por não ser possível um diagnóstico fechado, tampouco determinar causas universais ou estabelecer intervenções que sejam realmente efetivas para todas as pessoas. O não reconhecimento da singularidade corporal e a tentativa de universalização do que pode ser considerado “saudável” passa, também, por uma negociação constante entre o que a realidade de cada atendimento demonstra e os níveis predeterminados, que serviriam de base para diversos procedimentos. De acordo com os autores, a PNaPS:

Reforça a importância de se considerar a autonomia e a singularidade dos sujeitos, das coletividades e dos territórios, uma vez que as escolhas individuais estão “determinadas” pelos contextos sociais, econômicos, políticos e culturais. Diferentes abordagens de promoção da saúde podem ser identificadas na PNaPS como expressão de seu caráter híbrido: uma que a concebe como um conjunto de atividades direcionada à transformação dos comportamentos individuais, e outra que valoriza modificações nos “determinantes sociais do processo saúde-doença” e nas condições de saúde (DIAS et. al., 2017).

Tanto as diretrizes inseridas no PNAN (1999) quanto as PNaPS (2017) funcionam como a materialização de um imaginário direcionadas à normalização dos corpos de modo geral. Em particular, no que se refere aos corpos gordos, naturaliza algumas relações entre gordura corporal e outros marcadores, como pressão arterial e colesterol altos, compreendendo corpos gordos numa emergência como questões relacionadas a tabagismo, alimentação não saudável, inatividade física e consumo do álcool. Tais políticas são frutos de políticas que julgam essencial o papel do Estado na assistência e na promoção de ações direcionadas a corpos gordos, uma vez que excesso de gordura corporal é categorizado como uma das doenças crônicas não transmissíveis de maior impacto mundial, relacionada diretamente com problemas como Diabetes, Câncer, Doenças Respiratórias Crônicas e Doenças cardiovasculares.

A portaria nacional do Ministério da Saúde nº 424, de 19 de março de 2013, redefiniu diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. A normativa preconiza que o diagnóstico e tratamento dessa população deve ser feito por toda a rede de atenção e determina, entre outras coisas, que devam ser realizados:

- I - diagnóstico da população assistida no SUS, de modo a identificar os indivíduos com sobrepeso e obesidade a partir da classificação de seu estado nutricional de acordo com a fase do curso da vida, ou seja, enquanto crianças, adolescentes, adultos, gestantes e idosos;
- II - estratificação de risco da população de acordo com a classificação do seu estado nutricional e a presença de outros fatores de risco e comorbidades;
- III - organização da oferta integral de cuidados na Rede de Atenção à Saúde (RAS) por meio da definição de competências de cada ponto de atenção, do estabelecimento de mecanismos de comunicação entre eles, bem como da garantia dos recursos necessários ao seu funcionamento segundo o planejamento de cada ente federativo e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde;
- IV - utilização de sistemas de informação que permitam o acompanhamento do cuidado, gestão de casos e regulação do acesso aos serviços de atenção especializada, assim como o monitoramento e a avaliação das ações e serviços;
- V - investigação e monitoramento dos principais determinantes do sobrepeso e obesidade;

VI- articulação de ações intersetoriais para promoção da saúde, de forma a apoiar os indivíduos, famílias e comunidades na adoção de modos de vida saudáveis que permitam a manutenção ou recuperação do peso saudável;

VII - garantia de financiamento adequado para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas;

VIII - formação de profissionais da saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento do sobrepeso e obesidade, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;

IX - garantia da oferta de apoio diagnóstico e terapêutico adequado para tratamento do sobrepeso e da obesidade, com efetivação de um modelo centrado no usuário, baseado nas suas necessidades de saúde, respeitando as diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas; e

X - garantia da oferta de práticas integrativas e complementares para promoção da saúde, prevenção de agravos e tratamento das pessoas com sobrepeso e obesidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria nº 424, de 19 de março de 2013).

Esse documento demonstra de maneira objetiva que a gordura nos corpos é percebida como algo que precisa ser controlado, corrigido e se torna uma responsabilidade dos profissionais de saúde, os quais são orientados a estarem constantemente vigilantes no que se refere ao peso dos usuários de seus serviços e atendimentos. Em uma publicação do Ministério da Saúde intitulada “Diretrizes para o Cuidado das Pessoas com Doenças Crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas Linhas de Cuidado Prioritárias” (2013), as chamadas Doenças Crônicas são classificadas como

(...) o conjunto de condições crônicas. Em geral, estão relacionadas a causas múltiplas, são caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. Requerem intervenções com o uso de tecnologias leves, leve-duras e duras, associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 05)

Dessa maneira, são priorizados o que o documento denomina como “eixos temáticos”, a partir dos quais são pensadas as linhas de cuidado para doenças e fatores de risco considerados mais comumente encontrados, que são: 1) Doenças renocardiovasculares; 2) Diabetes; 3) Obesidade; 4) Doenças respiratórias crônicas; 5) Câncer de mama e de colo de útero. Em uma esfera institucional, no Brasil, as políticas³¹ que tratam diretamente acerca dos cuidados para pessoas gordas, podem ser resumidas basicamente em: 1) Portaria nº 252/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2013, que instituiu a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); 2) Portaria nº 424/GM/MS, de 19 de março de 2013, na qual foram

³¹ Organização Regional da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas - Manual Instrutivo, 2014.

redefinidas as diretrizes para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade dentro da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas; 3) Portaria nº 425/GM/MS, de 19 de março de 2013, que instituiu, a partir de um regulamento técnico, as normas e critérios para o Serviço de Assistência e Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade; 4) Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014, que trata da Redefinição da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no Sistema Único de Saúde (SUS), bem como trouxe diretrizes para a organização das linhas de cuidado.

Já em 2014, uma nova edição do Caderno de Atenção Básica foi lançada, expressando, com mais profundidade, as linhas de cuidado para a questão na Atenção Básica. A publicação de Patrícia C. Dias et al. (2017) salienta, em uma análise de tais políticas, a atenção do Ministério da Saúde em pensar propostas e políticas para o tratamento e cuidado acerca da obesidade, mas aponta que as demonstrações de cunho individualizantes, pautadas na patologização de tais corpos, conforme aparecem no documento, são insuficientes. De acordo com os autores:

Ampliar a concepção restrita da obesidade como doença e propor medidas ambientais têm se tornado um imperativo diante da baixa resolutividade das intervenções focadas apenas no corpo e no atendimento individualizado. Estratégias que ultrapassem o âmbito de ação do setor saúde são necessárias, dadas as dificuldades em universalizar medidas individualizadas (como intervenções cirúrgicas), além dos limites que os próprios indivíduos enfrentam para modificar suas “escolhas” pessoais (alimentares ou de prática de atividade física) em contextos adversos à adoção de práticas saudáveis. Nesse sentido, a abordagem da obesidade na perspectiva da promoção da saúde contribui para pensar o problema em uma ótica referenciada não apenas na doença e no tratamento (DIAS et. al, 2017, p. 4)

Durante a minha participação como palestrante, em meados do ano de 2020, no evento intitulado “*Obesidade em Santa Catarina: Gestão e Cuidado na Atenção Básica*”, organizado pelo Coletivo Teia de Articulação pelo Fortalecimento da Segurança Alimentar e Nutricional (TearSAN), uma das palestrantes apresentou a tabela acima com o fluxograma de atendimento, para explicar os cuidados direcionados a pessoas gordas. Sua fala foi intitulada “*O Papel do Estado na assistência à saúde nas pessoas com sobrepeso e obesidade*”, na qual afirmou que a Atenção Primária em Saúde tem como principais atribuições: 1) Realizar vigilância alimentar e nutricional dos usuários; 2) Criar estratégias de identificação de pessoas com sobrepeso; 3) Vigilância Alimentar e nutricional deve estar sempre presente, em todos os momentos da rotina do serviço, tanto na atenção da demanda espontânea quanto na demanda programada; 5) Fazer parte dos atendimentos de puericultura, pré-natal, acompanhamento de pessoas com diabetes e hipertensão. Para melhor ilustrar a distribuição do cuidado, segue tabela:

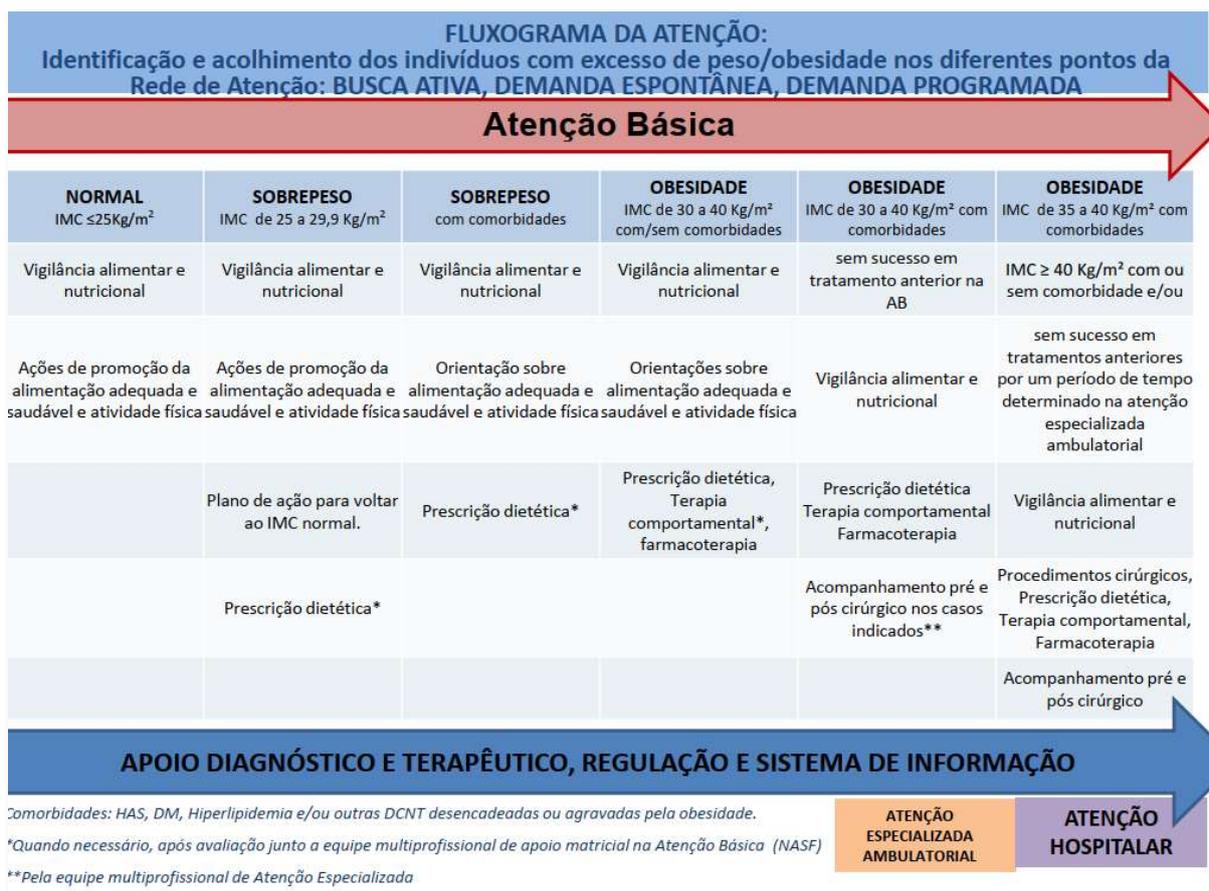


Figura 31 Gráfico do Fluxograma de Atenção. FONTE: CGAM/DAB/SAS/MS

A palestrante reforçava, dessa maneira que, na Atenção Básica, todos os profissionais precisam estar vigilantes ao menor sinal de que um/a usuário/a tenha ou possa vir a ter um corpo considerado obeso para que, independentemente das demandas que o fizeram buscar atendimento, seja direcionado a algum tratamento que vise à “correção” do seu corpo a partir da perda de peso. Dessa forma, as ações que se dizem de promoção da saúde direcionadas às pessoas gordas são, prioritariamente, direcionadas ao controle de seus pesos, desconsiderando as vivências individuais, rotinas, condições socioeconômicas, etnia, dentre outros fatores e, quando considerados, como no caso da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) e Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), a preocupação com a medida corporal é evidente no delinear de tais políticas.

3.2.1 IMC no cenário brasileiro

Segundo dados divulgados pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica³², em matéria de julho de 2022, no Brasil, a chamada obesidade aumentou 72% entre 2006 e 2019 (um aumento de 11,8% para 20,3%). A publicação afirma ainda que, no Brasil, o IMC acima de 25 está presente em aproximadamente 55,4% dos brasileiros. Conforme dito anteriormente, a obesidade é bastante relacionada com diabetes nos manuais de saúde, sendo o Brasil considerado, de acordo com a ABESO, o sexto país com maior incidência da doença no mundo e o que tem mais destaque em toda a América Latina. De acordo com a publicação:

São 15,7 milhões de pessoas adultas com esta condição, e a estimativa é que, até 2045, a doença alcance 23,2 milhões de adultos brasileiros. Cerca de 90% dos casos de diabetes no mundo são do Tipo 2, que está relacionado com o excesso de peso e resistência à insulina, segundo a Federação Internacional de Diabetes (ABESO, 2022).

No Brasil, as portarias 424 e 425 do Ministério da Saúde determinam que, para realização da cirurgia bariátrica pelo SUS, devem ser encaminhados pacientes com Índice de Massa Corporal (IMC) de 50 kg/m², mas também, além de seguirem os protocolos clínicos, tenham tentado outras formas de tratamentos para perda de peso sem alcançar o objetivo de maneira satisfatória. Faz parte também das determinações da portaria a inclusão de pacientes com IMC > 35 kg/m² que forem diagnosticados com um alto risco cardiovascular, diabetes e/ou hipertensão e, até mesmo, pessoas que apresentam apneia do sono, doenças articulares degenerativas.

Uma das interlocutoras que entrevistei foi Elis³³, uma mulher branca cisgênero e magra, psicóloga hospitalar que trabalhou desde a década de 1990 em um hospital de referência para a realização de procedimentos cirúrgicos e acompanhamento de pessoas consideradas obesas. Em sua fala, ela acrescenta que, no caso de uma pessoa ter o valor de IMC > 50 kg/m², sendo, segundo ela, uma *super obesidade*, é necessário que se faça um tratamento de perda de peso anterior à realização da cirurgia, através de uma orientação nutricional pré-operatória.

Mas assim, esses casos são raridade atualmente. Antigamente a gente operava pessoas de 200 kg, já operamos de 300 e poucos kgs, mas hoje em dia já não aparecem mais essas pessoas tão grandes assim. As pessoas hoje em dia não se deixam mais chegar nesse estado. Mas ainda é uma questão

³² Mais informações em: <https://www.sbcbm.org.br/sociedade-de-cirurgia-bariatrica-propoe-ao-ministro-da-saude-organizacao-de-filas-estaduais-para-o-sus-e-revisao-de-portarias/#:~:text=Entre%20os%20crit%C3%A9rios%20previstos%20nas,por%20no%20m%C3%ADnimo%20dois%20anos>

³³ Alguns dos nomes utilizados nesta pesquisa são fictícios, de acordo com o que ficou combinado com cada pessoa entrevistada no momento da explicação do TLEC.

grave. Um paciente era bem grandão, mecânico de caminhões. Ele tinha uma barriga enorme e disse assim: eu vim aqui porque eu soube que aqui fazem uma cirurgia pra gordura e eu tô começando a me incomodar, porque quando eu deito embaixo do caminhão, isso aqui tá tirando o meu fôlego, minha barriga vem pro meu pescoço. E eu não entendia como uma pessoa daquele tamanho conseguia trabalhar. (ELIS, psicóloga)

Essa afirmação da interlocutora Elis, psicóloga que teve a oportunidade de entrevistar, a qual trabalha em um serviço público que acompanha pessoas que se submetem a cirurgias bariátricas, coloca em dúvida a urgência disseminada na publicação do último Atlas Mundial da Obesidade³⁴, do ano de 2023, que estima o número de 50% da população do mundo com obesidade, ocasionando um impacto econômico de US\$ 4,32 trilhões ao ano até 2035. Ainda de acordo com esse documento, algumas previsões determinam que:

- 1) Haverá mais do que o dobro de índices de obesidade infantil até 2035, pois percebe-se um crescimento maior em crianças do que em adultos;
- 2) Países que despertam mais preocupação são os de baixa renda, pois 9 dos 10 países com maiores índices são da Ásia ou África;
- 3) É necessária uma organização de planos de ação em países mais desenvolvidos para ajudar os países em conformidade com as atribuições indicadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para a prevenção e manejo da Obesidade.

É notória a maneira pela qual a chamada obesidade é vista como uma emergência que precisa ser controlada. Isso pode abrir diversos questionamentos: Como podemos pensar em cuidado em saúde para corporalidades e vivências complexas? Como pensar cuidado em saúde se as políticas que são criadas e utilizadas nas práticas de atenção têm como objetivo central o emagrecimento? Todas as pessoas gordas precisariam, necessariamente, perder peso para que possam ter qualidade de vida e saúde? Se os índices utilizados para determinar diagnósticos e tratamentos são considerados insuficientes, por que ainda pensar de maneira universalizante sobre pessoas gordas e seus corpos? Afinal, todas as pessoas e corpos gordos são iguais?

A gente, na psicologia, trabalhamos com muitos poucos NÃOs. Porque é uma doença muito grave. A gente não pode dizer que você precisa fazer uma psicoterapia antes de fazer a cirurgia, porque sabe-se

³⁴ World Obesity Data 2023 disponível em <https://www.worldobesity.org/resources/resource-library/world-obesity-atlas-2023>

*lá quanto tempo vai demorar? A gente sabe que pode levar anos e anos e a **obesidade não pode esperar**. Então a gente tem o papel de mostrar na avaliação qual é a necessidade, se perceber que é portador de alguma questão importante tem que encaminhar pro psiquiatra, pra ser medicado se necessário e é esperado que a pessoa mantenha esse tratamento no pós-operatório. Mas um detalhe, a pessoa não pode operar em crise. Então se alguém tem depressão, a gente faz um tratamento pra pessoa sair da crise e então poder realizar a cirurgia. Aí a pessoa se compromete em continuar cuidando da obesidade e da depressão (ELIS, Psicóloga).*

A responsabilização do indivíduo pela manutenção do seu peso em níveis considerados aceitáveis, bem como o controle de questões de saúde mental, da maneira como é posta, desconsidera questões socioeconômicas que interferem diretamente na qualidade de vida das pessoas. Assumir que os pacientes, por si só, devem ter controle sobre seu processo de cura/adoecimento nos faz retomar ao trabalho de Halse (2009), o qual afirma que a responsabilidade pessoal pelo seu peso se mostra além de um cuidado de si, como também dos outros e, por isso, um dever moral e ético com a sociedade. Ou seja, de acordo com a autora, o sujeito é reconhecido como responsável por seu próprio peso e por renunciar a comportamentos irresponsáveis relacionados com o peso que podem impactar negativamente a si mesmo e aos outros.

Nesse sentido, é obrigação do biocidadão a manutenção de seu peso dentro de uma norma esperada de IMC como uma forma de contribuição para a própria sociedade. O julgamento moral acerca do controle de pesos e medidas faz parte da constituição dessa subjetividade biocidadã. Importante destacar que tais políticas de combate e controle à obesidade são apoiadas em manuais como Classificação Internacional de Doenças (CID), estão presentes em escritos postulados pelas Nações Unidas e Organização Mundial de Saúde que patologizam a gordura corporal e apresentam cada vez mais afirmações que relacionam pobreza e populações não brancas como em crescente risco por serem as mais afetadas pela obesidade, desenhando políticas direcionadas a essas populações.

De acordo com Sabrina Strings (2019), um estudo publicado no *American Journal of Public Health* serviu de base para a publicação de uma matéria na CNN intitulada “*Obesity kills more americans than we thought*” (em tradução livre diz ‘obesidade mata mais americanos do que pensamos’), a qual levantou o debate público acerca da relação entre raça e obesidade. A autora afirma que, nos Estados Unidos e no mundo ocidental como um todo, as políticas antigordura não surgiram somente a partir do discurso médico.

Nessa linha, Strings (2019) demonstra que a imagem de um corpo negro gordo que precisa ser corrigido (e eliminado, como afirmamos) funcionou, ao longo do desenvolvimento da modernidade, como uma ferramenta para que homens brancos solidificassem o estigma contra esses Outros corpos. Além disso, reforça a representação especialmente da mulher negra “selvagem” e “corpulenta” nas artes, filosofia e ciência e como um corpo doente na medicina foram usados para, ao mesmo tempo, estigmatizar mulheres negras e disciplinar mulheres brancas.

Na visão de Strings (2019) o componente racista é determinante, também, na construção do discurso médico patologizante acerca de corpos gordos. Dessa forma, a construção do conceito de *Políticas de Finamento* se justifica na medida em que estas são pensadas para que corpos gordos sejam “corrigidos” e, num extremo, exterminados do corpo social, em prol da manutenção de uma sociedade que pré-define as medidas dos corpos que merecem ocupar os espaços e gozar plenamente de cuidados em saúde. Além disso, importante lembrar que tais políticas de emagrecimento estão fortemente articuladas ao sistema capitalista, pois produzem formas de consumo, seja em supostos tratamentos, seja como um suposto lugar normativo a ser alcançado.

3.3 Cortes e costuras encarnadas.

Até aqui acredito que já ficou evidente o quanto o controle e os processos de medicalização da chamada obesidade fazem parte do nosso cotidiano. No decorrer do tempo, surgiram inúmeras possibilidades de tratamento: desde dietas, rotinas de exercícios, procedimentos cirúrgicos, até uma série de outras ferramentas de remodelamento corporal. De acordo com Poulain (2013), no começo do século XX, a gordura corporal em excesso é pensada como a consequência de diversos fatores, o que permitiu a disseminação dessa variedade de práticas.

Dessa forma, áreas como a da cirurgia e setores como farmácia, psiquiatria, psicologia, dentre outros, direcionaram atuações específicas para explicação e possíveis curas. Ou seja, essa dimensão multidisciplinar e multiparadigmática da obesidade vai contribuir para o seu reconhecimento enquanto problema médico, permitindo a sua apropriação pelo corpo médico em seu conjunto (POULAIN, p. 164b, 2013).

Já ficou evidente também que o caminho da patologização das corporalidades gordas está intimamente ligado ao processo de fortalecimento do controle médico, ao desenvolvimento da biopolítica e da imposição do cuidado com a saúde enquanto um dever individual. A concepção acerca desses corpos se transforma na medida em que

diversas áreas do conhecimento se ocupam da explicação acerca do funcionamento dos corpos, das mentes e do desenvolvimento da Ciência, em meados do século XIX.

3.3.1 Até onde vão esses cortes?

Na década de 1950, começou a ser realizada a *cirurgia bypass* intestinal, na qual uma parte do intestino delgado é encurtada e, como consequência, menos nutrientes são absorvidos pelo organismo (KREMEN et al., 1954 *apud* POULAIN, 2013). Tal cirurgia teve seu ápice de realização na década de 1970 nos Estados Unidos, porém gradativamente caiu em desuso, especialmente após a publicação de complicações oriundas desse procedimento cirúrgico no ano de 1983. A gastroplastia, ou seja, a diminuição do estômago, foi desenvolvida no final da década de 1960 (BOUILLOT et al, *apud* POULAIN, p. 164c, 2013).

Em uma pesquisa no repositório *Scopus*, buscando pelas palavras-chave (*bariatric AND surgery*), foram encontrados 38.790 resultados. Desses, a maioria das publicações foram nas áreas da Medicina (36.037), Enfermagem (10.070) e Biologia, Genética e Biologia Molecular (3.769). Na Psicologia, foram encontrados aproximadamente 647 trabalhos, entre os quais a grande maioria trata de avaliação psicológica pré/pós cirúrgico (como AGUIAR, P.V., 2023; LEUNG, S.E., 2023 ANDRADE, NATALIA LUNA, 2023; AGUIAR, PRISCILLA VASCONCELOS, 2023), e complicações pós-cirúrgico (GASTÓN-PANTHAKI, A.,2023; ANDRADE, N.L.,2023). Resultados similares foram encontrados em pesquisa no periódico CAPES. Usando as mesmas palavras-chave, foram encontrados 942 artigos avaliados por pares, sendo massivamente superior o número de publicações sobre os procedimentos cirúrgicos para controle da chamada obesidade em periódicos relacionados com as ciências médicas (637 do total). Nas Ciências Sociais, foram encontradas 400 publicações contendo discussões sobre questões raciais (MURALEEDHARAN; SPAULDING, 2023), ética (NEHUSHTAN, 2023) saúde e ciclos de vida (WOLFE,2023), o que, a partir dessa disparidade e importância das discussões, demonstra a necessidade de trabalhos em áreas da Psicologia, Antropologia, Ciências Sociais e Humanidades a trazer essas discussões para outros campos do debate e o que localiza a importância dessa escrita.

A psicologia e a psiquiatria também têm destaque entre as ciências que se dispuseram a investigar e indicar tratamentos para a gordura corporal. Na segunda metade do século XX, de acordo com Poulain (2013), tais investimentos se deram a partir de três caminhos: 1) análise da personalidade das pessoas gordas; 2) modos de controle

psicológico na alimentação; 3) descrição de problemas em relação ao comportamento alimentar. Nessa perspectiva, o autor destaca:

Quatro tipos de hiperfagia são descritos. A primeira seria uma reação às tensões não específicas, tais como solidão, angústia ou tédio. A segunda está ligada a frustrações crônicas, para qual a alimentação desenvolve um papel de prazer compensatório ou de substituição. A terceira é considerada como a consequência de estados depressivos. E a quarta estaria relacionada com os hábitos alimentares (POULAIN, 2013, p. 166).

Em 1967, começou a ser utilizado o *Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ)*, que foi uma importante fonte para pesquisas acerca dos comportamentos alimentares considerados desviantes, como o *bringe eating* (um tipo de bulimia que consiste em comer muito, em pouco tempo) e o *nigth eating* (ou hiperfagia noturna, na qual a pessoa levanta durante a madrugada para comer) (STUNKARD, 1976, *apud* POULAIN, 2013). Tais aprofundamentos acerca de distúrbios alimentares culminam na percepção deles enquanto processos inconscientes. Dessa maneira, a psiquiatria e demais disciplinas relacionadas com a psicologia surgem como possibilidade de enfoque da abordagem, em uma tentativa de decodificação de sinais de um problema inconsciente a partir de tais transtornos na alimentação. De acordo com Poulain,

gradativamente se estabelece uma nosografia da delinquência alimentar, lembrando-nos assim o itinerário da libido boca-ânus. Na modernidade alimentar, Pierre Aimez observa a transição da problemática da esfera sexual para a esfera alimentar: “Psicologicamente nós vivemos, escreve ele em 1979 – uma época de intensa desordem alimentar. Contrastando com uma sexualidade pretensamente libertada, os prazeres da mesa têm, por sua vez, herdado uma maciça culpabilidade. E essa culpabilidade, pelo viés de deslocamentos aparentes dos tabus e das interdições, sustenta e causa toda uma patologia do comportamento alimentar (AIMEZ, 1979 *apud* POULAIN, 2013, p. 167).

O autor destaca, também, a utilização da terapêutica comportamental no acompanhamento de pessoas consideradas obesas e com distúrbios alimentares. Nos Estados Unidos, inspirada por política de combate ao uso de drogas, surge o movimento terapêutico “*Overeater Anonymous*”, com uma atuação similar ao conhecido Alcoolatras Anônimos. A obesidade começa gradativamente a ser vista como um problema global que precisa ser combatido em nome da segurança da população mundial.

Existem tipos diferentes de cirurgias Bariátricas e Metabólicas³⁵. A começar pela definição: enquanto as metabólicas são realizadas exclusivamente em pacientes que possuem Diabetes Mellitus tipo 2 com a finalidade de controle da doença, as cirurgias

³⁵ De acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgias Bariátricas e Metabólicas. Para mais informações, ver em <https://www.sbcbm.org.br/>.

bariátricas são realizadas com objetivo de perda de peso e medidas. As técnicas utilizadas em ambos os casos podem assim ser resumidas:

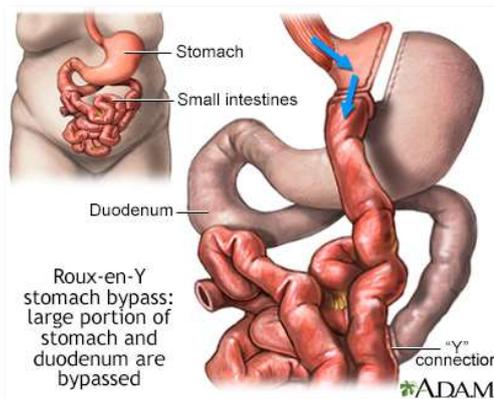


Figura 32 Ilustração do Y de Roux. Fonte: A.D.A.M

- 1) *Bypass* Gástrico (gastroplastia com desvio intestinal em “Y de Roux”): a técnica mais realizada no país, na qual é grampeada uma parte do estômago, diminuindo o espaço para alimentos e feito um desvio até o início do intestino. Tal procedimento faz com que seja aumentada a produção de hormônios que produzem a sensação de saciedade. Caracteriza-se pelo grampeamento de parte do estômago, que reduz o espaço para o alimento, e um desvio do intestino inicial, que promove o aumento de hormônios que trazem sensação de saciedade e diminuem a fome.

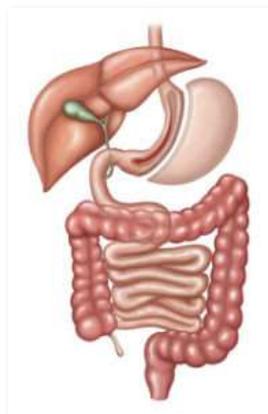


Figura 33 Sleeve. Fonte: SBCBM

- 2) Gastrectomia Vertical “*Sleeve*” ou gastrectomia em manga de camisa: nessa técnica, o estômago é diminuído em um formato de tubo de 80 a 100 mililitros de capacidade. É caracterizada por não alterar o funcionamento do intestino, sendo mais utilizada em casos considerados menos graves de obesidade.

- 3) Duodenal Switch: a partir dessa técnica, uma grande porcentagem do estômago é retirada (cerca de 60%), sendo feito um desvio intestinal, responsável pela diminuição da absorção de nutrientes.

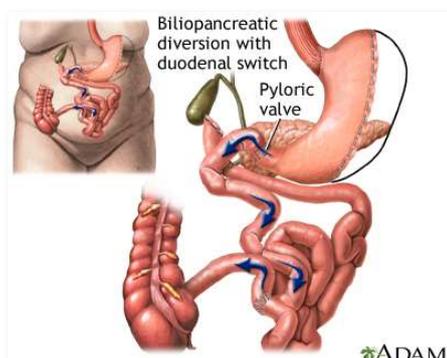


Figura 34 Duodenal Switch –
Fonte: A.D.A.M

- 4) *Adjustable gastric banding* ou Banda Gástrica ajustável: A técnica menos utilizada por apresentar maiores riscos. Nela, é posicionado ao redor do estômago um anel inflável que dá a possibilidade de controlar o processo de esvaziamento do estômago. Complicações estão associadas à presença da prótese no organismo.

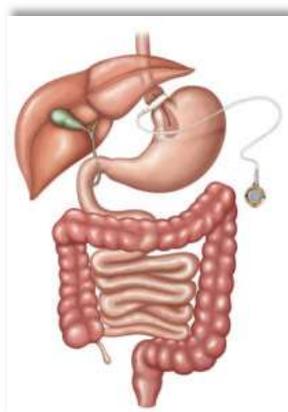


Figura 35 Ilustração da Banda Gástrica Ajustável.

Conforme Machado (2019), um estômago que não tenha passado por nenhum tipo desses procedimentos consegue suportar até 1,5 litro de alimento. Após cirurgias restritivas, a capacidade cai para aproximadamente 200 ml, uma quantidade equivalente a uma xícara de café. Além da diminuição no espaço físico do órgão, há também uma queda na produção do chamado hormônio da saciedade, o GLP-I, o que faz com que o paciente não sinta fome. O artigo afirma ainda que, após o procedimento, o paciente em média consegue comer apenas 200 g por refeição.

Else Vogel (2018), a partir de uma pesquisa feita com pacientes submetidos a cirurgias bariátricas, traz uma importante contribuição para pensar as práticas cotidianas relacionadas com um procedimento invasivo e determinante para a relação de pacientes consigo mesmo e com a sua alimentação. Assim como este trabalho, Vogel (2018) parte de uma percepção que valoriza a prática, não tomando corpos, sujeitos como preexistentes, mas valorizando os processos a partir dos quais eles se relacionam. De acordo com a autora:

A ideia da cirurgia bariátrica pode sugerir que o médico entra e corrige de fora, aliviando o paciente da difícil tarefa de assumir o controle de seu comportamento. Este enquadramento privilegia a situação do centro cirúrgico como o local relevante para a ação, em que cirurgiões e equipamentos atuam mecanicamente sobre os órgãos enquanto o paciente é anestesiado (Hirschauer 1991). Quando o paciente acorda, o cirurgião já fez o trabalho por ele. Mas olhando mais de perto, uma interação mais complexa de fazer emerge. É importante ressaltar que a cirurgia não implica necessariamente passividade por parte do paciente. Isso é verdade quando se considera a prática da cirurgia em si (compare Goodwin 2008), mas particularmente quando se considera a cirurgia em uma trajetória terapêutica mais ampla. O paciente se compromete e se submete ativamente às intervenções da equipe cirúrgica, tornando-se um corpo manejável na sala de cirurgia (VOGEL, 2018, p. 512. Tradução livre)

Apesar de ser disseminada a ideia de que tais cirurgias são eficazes para o emagrecimento definitivo, é documentado também o risco de reganho de peso e diminuição de benefícios pós-cirúrgicos a longo prazo. Paixão e Stengel (2020) afirmam que, alguns anos após a cirurgia, além de o corpo voltar a ganhar peso, há a possibilidade também do desenvolvimento do que é chamado de *comportamento alimentar inadequado*, como “petisco contínuo” (CONCEIÇÃO ET AL., 2018) e compulsão alimentar. Tal processo também foi mencionada pela psicóloga hospitalar entrevistada, quando afirma

Não é que não seja comum engordar um pouquinho, ou seja, até 20% do peso perdido é o esperado. É claro que se você faz uma cirurgia numa determinada faixa de idade e depois de um tempo entra na menopausa, é natural ganhar um pouquinho mais de gordura no abdome, que na verdade são as fases naturais da vida, né? Ou se a pessoa faz a cirurgia muito jovem e tem filho depois. Porque por conta da obesidade muita gente fica infértil, né? Então faz pra ter filho, daí engravida e deixa as plásticas pra depois. Então essas pessoas têm que ter uma orientação de perto por nutricionista, porque o organismo privilegia a criança e a pessoa fica precisando de suplementação (ELIS, psicóloga).

O reganho de peso após o procedimento cirúrgico de “redução de estômago” não é o único risco a que os pacientes estão submetidos. Em um estudo publicado por Aguiar et al. (2023), é demonstrado que pessoas consideradas obesas estão mais propensas a desenvolver distúrbios alimentares, normalmente por terem uma longa trajetória de dietas restritivas que interferem na sensação de satisfação e controle da quantidade de comida ingerida. Pessoas com transtorno de compulsão alimentar são mais propícias a complicações psicológicas e pós-cirúrgicas, pouca perda de peso e desenvolvimento de outras condições. Além disso, segundo a publicação, apesar de haver uma extensa discussão entre a relação de transtornos alimentares e sintomas depressivos, inclusive risco suicida, não existem muitos estudos que fazem essa relação entre candidatos à cirurgia bariátrica, demonstrando a necessidade de que se pense sobre as consequências de uma cirurgia invasiva como as bariátricas e metabólicas sobre a população. De acordo com os autores

Embora as evidências já apontem benefícios psicológicos adquiridos com a cirurgia bariátrica (aumento auto-estima, melhora nas relações sociais, diminuição da ansiedade e depressão), os sintomas de TCAP podem persistir após o procedimento nesses pacientes. Além disso, a cirurgia bariátrica por si só causa várias alterações endócrinas e gastrointestinais que pode ser agravado se o comportamento de compulsão alimentar persistir (MANGO; FRISHMAN, 2006 *apud* AGUIAR et. Al., 2023).

Na visão do médico endocrinologista Arnaldo Schainberg (2020), a cirurgia Bypass gástrico em Y-de-Roux por alterar a absorção do álcool nos organismos, o que pode provocar distúrbios em decorrência da ingestão de bebidas alcoólicas, utilização de drogas ilícitas e até ideias suicidas. Na publicação, Schainberg (2020) aponta também a necessidade de mais estudos que fazem a relação entre abuso de drogas e cirurgias bariátricas. Além disso, aponta que pessoas submetidas a essas cirurgias estão sendo relacionadas, em estudos recentes, com altos níveis de liberação de compostos tóxicos da gordura na corrente sanguínea, sendo necessário o acompanhamento a longo prazo de pessoas pós-operadas para maior aprofundamento acerca dessas complicações.

Assim, deficiências nutricionais, anemia (especialmente em pessoas que menstruam, por dificuldade na absorção de ferro e vitamina B12), diminuição na absorção de cálcio, que pode levar a complicações como osteoporose e doenças ósseas metabólicas, são apenas algumas das principais consequências que grande parte das pessoas submetidas a cirurgias podem se deparar. Para isso, os pacientes deverão tomar suplementos nutricionais pelo resto de suas vidas. De acordo com um material educacional direcionado a pacientes publicado pelo A.D.A.M., *Animated Dissection of*

Anatomy for Medicine (2011), é muito comum também a ocorrência da chamada “síndrome de dumping”, causada pela rápida passagem dos alimentos do estômago para o intestino delgado, o que pode causar uma série de desconfortos, como náusea, fraqueza, sudorese, desmaios e diarreias após a alimentação. De acordo com a publicação, quanto maior for o *bypass*, maiores são os riscos de complicações, o que requer constante monitoramento médico, uso de medicamentos suplementares e controle redobrado com o que é ingerido pelo resto de suas vidas.

Além disso, de acordo com a psicóloga Elis, a perda de uma grande quantidade de peso também pode requerer procedimentos secundários, por conta do excesso de pele decorrente da perda de tecido adiposo especialmente nas pernas, abdômen e braços. Além de causar, em algumas pessoas, constrangimento, o acúmulo de pele pode também causar alguns problemas, como dermatite e infecção por repetição. Alguns procedimentos de retirada de excesso de pele são feitos também pelo Serviço Único de Saúde, principalmente a dermolipectomia abdominal. Nesses termos, Elis diz também que,

A maioria das pessoas precisa de cirurgia plástica depois. Alguns escolhem não fazer, porque não se sentem prejudicadas, então aquela sobra de pele, bota dentro da roupa, tem gente que lida com isso bem. Mas algumas pessoas que eram muito obesas, ou que tiveram vários filhos, então assim aquela sobra de pele principalmente no abdome fica muito grande, que é o que a gente chama de abdome avental. Tem alguns abdoes imensos, que eles precisam fazer em duas etapas, porque a pessoa deve esperar uma perda de peso total para poder fazer. Então às vezes a pessoa não suporta esperar o emagrecimento total porque aquele abdome fica batendo nas suas coxas, a pessoa vai andar e aquilo não deixa, aquilo puxa sua coluna para baixo, e a pessoa segue com dor na coluna, entende? Então às vezes a pessoa tem que chama assim uma cirurgia higiênica, e depois do emagrecimento total a pessoa faz a definitiva. (ELIS, psicóloga)

Ainda sobre riscos e consequências de cirurgias bariátricas e metabólicas, é importante destacar que, de acordo com A.D.A.M. (2011), mais de 20% de pacientes precisam fazer algum tipo de procedimento cirúrgico para corrigir complicações pós-operatórias, principalmente relacionada com a hérnia abdominal. É comum, também, a ocorrência de cálculos biliares, sendo motivo de atenção também o alto risco de desenvolvimento de coágulos, especialmente nos membros inferiores, que podem ser de extrema gravidade. Conforme descrito por uma das pessoas entrevistadas por mim, sobre efeitos sentidos após a cirurgia:

Hoje eu tenho que fazer reposição de ferro todo ano, eu não tomo anticoncepcional porque tenho efeitos muito ruins, como eu menstruo, anualmente eu preciso fazer reposição porque meu ferro despenca. E eu tenho alguns episódios que eles usam a palavra Dumping, que é a queda de açúcar muito rápida no sangue quando você come alguma coisa doce, que pode inclusive levar ao coma. Isso eu descobri há um tempo atrás, porque ninguém te avisa, né? Na hora da cirurgia. Daí dependendo do que eu comer, se for muito doce, pouco tempo depois eu tenho uma hipoglicemia muito grave, se eu não repor eu posso... Daí dá uma moleza, uma fraqueza. Se você não tiver um açúcar por perto pra repor você se ferra. Aí o médico diz que você nunca vai ter possibilidade de ter diabetes (risos), mas é que eles cortam teu intestino em um lugar que ferra, aí seu pâncreas e seu intestino ficam passando aperto pra tentar processar alguma coisa. Eu não entendo direito o que é, eu só sinto que de vez em quando eu me ferra. Tenho dificuldade hoje de comer carne vermelha, passei aperto no início, mas aí você vai aprendendo a comer porções um pouco menores, aprende a mastigar muito mais. Mas aconteceu antes de estar em restaurante, engolir um pedaço de carne um pouco maior e ter que ir no banheiro vomitar. É um vômito super ruim, vira um outro tipo de vômito, é uma coisa muito estranha. Você começa a salivar, é estranho. E aí quando eu não sabia direito o processo aconteceu de ter que parar o carro, vomitar na rua, porque você sai do restaurante com mal-estar, mas não sabe o que é, e aí você precisa parar o carro pra vomitar. Não tem opção, não tem como esperar chegar em casa. Hoje em dia acontece bem menos porque você vai aprendendo, mas foi assim. E aí você passa por tudo isso e quando começa a voltar o peso as pessoas te culpam e dizem que você ta comendo demais (BELA, psicóloga).

Pessoalmente, é preciso que seja dito que nunca fui submetida a nenhum procedimento cirúrgico para emagrecimento. Apesar disso, por ser uma mulher gorda, sou interpelada pelos impositivos de emagrecimento o tempo todo. O fato de não ter feito uma “cirurgia da gordura” não quer dizer que eu esteja imune à imposição sobre essa possibilidade, muito pelo contrário. Por inúmeras vezes, desde muito nova, acabei me submetendo a dietas restritivas. Vivi, durante muito tempo, controlando absolutamente tudo o que comia, o que interferia diretamente na minha saúde mental. Houve muitos momentos na vida em que perdi peso por conta desse controle exagerado pela quantidade de comida ingerida, culminando em um distúrbio alimentar no início da fase adulta. Ao mesmo tempo, enquanto sentia fome constantemente e sofria com a menor possibilidade de ingerir mais calorias, recebia elogios pela perda de peso. Durante muito tempo, achei que, para ser feliz, eu deveria renunciar ao prazer de saborear uma comida sem preocupação com o quanto eu iria precisar restringir depois.

A sugestão de cirurgia, para uma pessoa gorda, é corriqueira e acontece em espaços que extrapolam os consultórios médicos e espaços hospitalares – espaços que,

na sua maioria, não foram buscados a partir de um desejo de emagrecimento. Tenho familiares, amigos próximos, colegas de trabalho, que já fizeram alguns desses procedimentos. O fato de ser uma pesquisadora do tema faz com que o assunto “cirurgia bariátrica” sempre surja das maneiras mais inesperadas. Por muitas vezes, em um simples café em intervalos de aulas, palestras, atividades acadêmicas em que eu verbalizava estar fazendo pesquisa sobre cuidados em saúde para pessoas gordas, fui interpelada por relatos de terceiros sobre conhecidos, parentes próximos ou distantes, que fizeram, querem ou farão algum tipo de procedimento cirúrgico para emagrecimento. Também é possível que a maioria das pessoas já tenha feito ou conheça muitas pessoas que também já fizeram ou planejam fazer tais cirurgias. Isso demonstra, também, que tais tratamentos são amplamente discutidos e considerados pela sociedade em geral.

De acordo com Paixão e Stengel (2020), cirurgias bariátricas e metabólicas se tornaram populares por serem consideradas um tratamento eficaz para a redução de pesos e medidas. Diversas das pessoas com quem pude conversar para a composição deste trabalho fizeram ou desejam fazer algum tipo de cirurgia de “redução do estômago”, como ficou conhecida, com esses fins. Houve também quem afirmasse que jamais se sujeitaria a algum procedimento desse tipo para emagrecer por diversas razões, desde éticas até por insegurança quanto à recuperação e como aquele tratamento irá transformar por completo a sua relação consigo mesma. Seja enquanto crítica, um projeto futuro, um temor, uma possibilidade remota: as cirurgias bariátricas e metabólicas estão sempre fazendo parte da discussão quando o assunto discutido é saúde, do corpo gordo.

Nesse contexto, cortes, grampos e costuras são feitos na carne. De acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, foram realizadas 19.203 cirurgias bariátricas pelo Sistema Único de Saúde entre os anos de 2019 e 2021, porém houve uma queda significativa no número de procedimentos durante o ano de 2020 por conta da pandemia de COVID-19. No setor privado, de acordo com dados da Agência Nacional de Saúde Complementar (ANS), foram realizadas 25.699 apenas no ano de 2019, com queda de 11,9% no ano de 2020 pelo mesmo motivo. Ainda de acordo com a SBCBM, no Brasil apenas 98 dos 7.700 hospitais são habilitados para a realização desse tipo de procedimento. Os estados brasileiros que não contam com serviços do tipo oferecidos pelo SUS são Amazonas, Roraima e Amapá.

Levando em consideração todos esses pontos, alguns questionamentos surgem: por que um procedimento invasivo, que interfere diretamente na relação das pessoas com seu próprio corpo e com sua alimentação, é tão incentivado a ponto de o Brasil ser

um dos países com maiores números de cirurgias no mundo? Os supostos benefícios da perda de peso justificam a realização de tantos procedimentos? Todas as pessoas que decidem se submeter a tais procedimentos têm plena consciência da relação entre riscos e benefícios? Não seriam essas cirurgias mais uma forma de responsabilizar individualmente as pessoas por conta de seus pesos e medidas, já que a avaliação de sucesso de uma cirurgia para emagrecer está diretamente relacionada com a forma como os pacientes irão fazer o manejo da quantidade e qualidade de sua alimentação pelo resto de suas vidas?

Muito é discutido sobre os supostos benefícios dessas cirurgias. Não é objetivo aqui a crítica a tratamentos e cirurgias em si, mas sim refletir acerca de como tratamentos incisivos acontecem de forma tão disseminada, na medida em que corpos gordos são, desde muito tempo, julgados moralmente e submetidos a discursos e tratamentos que têm como objetivo a sua não existência. Tais cirurgias ganham destaque entre os contatos que fiz para a realização desta escrita, conforme já mencionado: seja como relato do que foi vivido, como desejo futuro ou pressão social de médicos e familiares para a realização. A promessa de emagrecimento rápido pode parecer sedutora, especialmente já que vivemos em uma sociedade que condena e subjuga corpos e medidas.

Alguns tratamentos que ganham conhecimento público se parecem mais com instrumentos de tortura do que proposta de cuidados. É o caso do *Dental Slim*, que gerou uma grande repercussão a partir da publicação em 2021 de um artigo na *The British Dental Journal*, intitulado *An intraoral device for weight loss: initial clinical findings* (2021), assinado por Paul A. Brunton, Jithendra Ratnayake e H. Jonathan Bodansky et al. Tratava-se da aplicação do dispositivo Dental Slim Diet Control como um tratamento para perda de peso, consistindo em um protótipo que foi colocado nos dentes de pacientes, impedindo a abertura de boca e obrigando-os à ingestão de apenas alimentos líquidos.

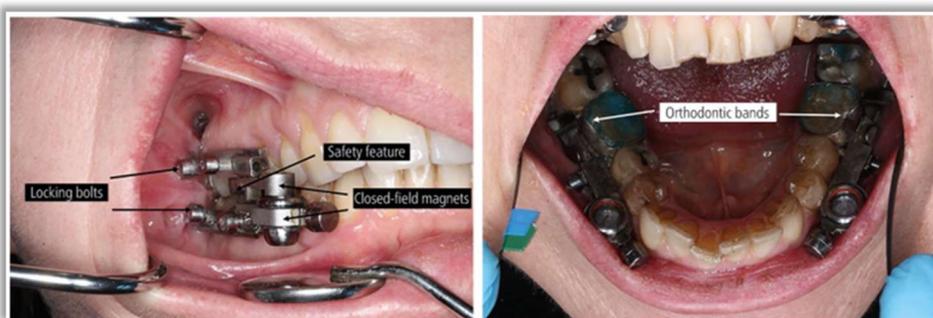


Figura 36 – fotos do dispositivo Dental Slim, mostrando de perto as presilhas de metal utilizadas para impedir a abertura total da boca. Fonte: BRUNTON, RATNAYAKE BODANSKY et. Al. (2021)

A publicação do estudo gerou uma grande repercussão negativa, especialmente entre pesquisadores, militantes e pessoas consideradas gordas. Não é de se estranhar o porquê. Os próprios autores da pesquisa indicam que, apesar da perda de peso, as pessoas submetidas ao experimento apresentaram dificuldade em se comunicar, ficaram constrangidos e sem motivação, durante as semanas que utilizaram o Dental Slim. Apesar de chocante, experimentos similares são encontrados. É o caso de uma técnica denominada *Jaw Wiring*³⁶, um procedimento criado para corrigir fraturas e problemas no funcionamento das mandíbulas, mas que nos Estados Unidos, durante as décadas de 1970 e 1980, começou a ser utilizado para a perda de peso. Como no caso do Dental Slim, pinos e arames “selam” a boca, dificultando a abertura e que permite apenas a entrada de alimentos líquidos.

É importante compreender que o imaginário que relaciona pessoas gordas a um risco iminente serve de base para que tratamentos como o *Jaw Wiring* e o mais atual *Dental Slim* sejam pensados, ganhem financiamento e aval para suas realizações. Ainda que causem choque e comoção, esses métodos fazem parte de uma agenda de políticas, investimentos e se relacionam diretamente com discursos de que o emagrecimento, a qualquer custo, é algo que valha a pena. Além disso, estão relacionados também com um imaginário de que a pessoa gorda é deprimida, descontrolada, fracassada e descuidada, e tais preconceitos são tão naturalizados que a própria pessoa gorda incorpora uma imagem de si inapta e doente (PAIM e KOVALESKIB, 2020), submetendo-se a procedimentos perigosos, invasivos e humilhantes única e exclusivamente movidos pela promessa de perda de peso. Tal concepção colabora para que violências, mesmo por parte de profissionais que deveriam prezar pela garantia de saúde, sejam justificadas.

3.3.2 Quando o corte é químico: a indústria farmacêutica como parte atuante das Políticas de Finamento

“Eu sou um exemplo claro disso. Eu passei 21 anos fazendo todas as dietas que vocês imaginam. Indústria do emagrecimento, indústria da dieta, Indústria farmacêutica. Remédio pra emagrecer? Qual foi a gorda que não tomou remédio pra emagrecer? Eu fui viciada em anfetamina durante 15 anos da minha vida. E eu tenho certeza que isso gera, até hoje dentro do meu corpo e dentro da minha psiquê. É como se eu cheirasse cocaína todo dia, duas vezes por dia. Era isso que eu fazia comigo. E a indústria da cirurgia plástica, óbvio. Eu passava o dia inteiro com anfetamina na cabeça, fumando um maço de cigarro, comendo uma cenoura e tomando um copo de suco de melancia. Vocês acham que isso é saudável? Ah não, mas cê tá magra. Eu tava com o colesterol alto, com falta de vitamina,

³⁶ Ver mais em <https://www.healthline.com/health/jaw-wired-shut>.

tava com minha saúde inteira cagada. E eu só tinha 20 anos. Hoje eu tenho o dobro da idade, peso o dobro do que eu pesava naquela época e minha saúde nunca teve tão perfeita na minha vida! Então, que saúde que as pessoas estão promovendo? Aonde? Me fala! Então não é preocupação com a saúde do gordo! Se fosse preocupação com saúde do gordo a gente teria maca pra se cuidar, a gente conseguiria entrar pra fazer um exame, a gente conseguiria passar numa catraca, a gente iria num bar e teria uma cadeira que não fosse de plástico e com braço que a gente não teria medo de cair! Quantas vezes eu já não fiquei em pé com medo de sentar numa cadeira e levar um chão, mana. Isso em tudo! Não é só bar. É restaurante, cinema, teatro! Pensa nisso, gente! (VANESSA JODA, ativista e professora de Yoga no Evento I Seminário de Formação em Gordofobia Médica³⁷)

Além de procedimentos cirúrgicos, é importante destacar também a importância da indústria farmacológica para o desenvolvimento de medicamentos para emagrecer. De acordo com Poulain (2013), foram desenvolvidas drogas cujo efeito resumia-se em um aumento do gasto energético (hipermetabólicas), outras que diminuíam o apetite a partir da diminuição da sensação de fome. Muitas delas provocam efeitos colaterais significativos e graves, sendo refutadas em estudos como os de BRAY, em 1974, e de LASAGNA, em 1980 (*apud* POULAIN, 2013).

Poulain (2013) destaca a utilização de dois fármacos para o tratamento da obesidade: Orlistast (Laboratório ROCHE) e a Sibutramina (Laboratório ABBOTT). A partir da inibição das lipases gástricas e pancreáticas e consequente diminuição da absorção de lipídios e a diminuição da sensação de fome facilitando que o paciente siga uma dieta restritiva, essas drogas são amplamente utilizadas como importantes ferramentas para a perda de peso e controle das medidas corporais. Tal utilização é incentivada, de acordo com Poulain, na medida em que contribuem para a redução da ingestão alimentar, o aumento do gasto energético, a diminuição da absorção parcial dos nutrientes energéticos, a modificação dos substratos entre oxidação e armazenamento e a modificação da fisiologia do tecido adiposo (ZIEGLER & GUY-GRAND, 2004, *apud* POULAIN, 2013).

Uma outra substância começou a ser utilizada a partir de 2006 como alternativa para pessoas obesas com fatores de risco para diabetes tipo 2 e dislipidemia: “rimonabant” Sanofi-Aventis (ACOMPLIA). Porém, Poulain (2013) destaca que apenas dois anos depois, em 2008, a Agência Europeia de Medicamentos suspendeu em caráter emergencial a comercialização de tal medicamento, por estar relacionada com o aumento de casos de riscos psiquiátricos desencadeados pelo tratamento com a droga.

³⁷ Evento organizado pelo Diretório Acadêmico Alfredo Balena Medicina – UFMG, disponível no link <https://www.youtube.com/watch?v=ILiElxauQJk&feature=youtu.be>.

Atualmente, as discussões públicas têm girado em torno da utilização de medicações derivadas da Semaglutida (em especial Ozempic e Wegovy), manufacturados pela empresa Novo Nordisk. O Ozempic foi criado para o tratamento da Diabetes tipo 2, mas logo se percebeu que o emagrecimento era um dos principais “efeitos colaterais”. A semaglutida é o formato sintético do hormônio



Figura 37 Ilustração Ozempic. Na imagem com fundo cor de laranja encontra-se um prato contendo talheres e uma caneta da medicação. Fonte: The Economist, 2023.

GLP-1, responsável pela sensação de saciedade. O remédio é utilizado a partir da aplicação subcutânea, sendo vendido no formato de caneta para a injeção da substância quando pressionada contra a pele. A medicação passou a ser utilizada de maneira “off-label” com finalidade de emagrecimento. De acordo com matéria do site The Economist³⁸, de março de 2023, intitulada *A new class of drugs for weight loss could end obesity*, foi percebido que

Em um estudo de 40 semanas, um terço dos pacientes perdeu mais de 10% de seu peso corporal após tomar uma dose semanal de 1 mg. Um segundo teste, de uma dose semanal de 2,4 mg por 68 semanas, trouxe uma perda de peso média de 15%. Essa é a dose que Wegovy fornece; está à venda na América desde 2021. Em dezembro, a Food and Drug Administration da América aprovou seu uso também para jovens de 12 a 18 anos. (THE ECONOMIST, 2023)

A publicação celebra a descoberta desses novos usos para a Semaglutida, em especial a partir do lançamento do *Wegovy*, que é usado especificamente para a perda de peso. De acordo com a matéria, é esperado que apenas no ano de 2023 sejam comercializadas US\$ 3 bilhões a US\$ 4 bilhões dessa medicação considerando somente os Estados Unidos, relatando um aumento das ações da empresa em 40% em relação ao ano passado e teriam dobrado nos últimos dois anos. De acordo com a publicação, a utilização da substância poderá conter gastos com tratamentos para obesidade, que custam centenas de milhares aos serviços de saúde.

³⁸ Link da matéria completa: <https://www.economist.com/briefing/2023/03/02/a-new-class-of-drugs-for-weight-loss-could-end-obesity>

No Brasil, data do começo do ano de 2023 a aprovação da Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) para a utilização do *Wegovy* (semaglutida 2,4mg) para emagrecimento. Inúmeras matérias de jornal, podcasts, quadros de programas de variedades divulgaram a medicação que promete “curar” o acúmulo de gordura corporal com apenas a autoaplicação. Muitas matérias, como a publicada pelo GI *Remédios contra obesidade: veja diferença entre o novo Wegovy e Ozempic, que usam a semaglutida*³⁹ (GI, janeiro de 2023), que traz em detalhes a composição, o formato das canetas aplicadoras, dentre outras informações. A utilização do fármaco ganhou também ampla divulgação em redes sociais, sendo um dos maiores propagadores de sua utilização o multimilionário Elon Musk, CEO do antigo *Twitter*, agora chamado de “X”.

Junto com o tom de novidade, é importante levar em consideração que esse tipo de tratamento é utilizado por um recorte muito específico: pessoas que podem pagar (e caro) pela sua utilização. No Brasil, o preço de cada caneta gira em torno de R\$ 700 e R\$ 1.000, de acordo com a dosagem. Por ser uma medicação de uso contínuo, a interrupção no uso pode acarretar reganho de peso. Até mesmo a otimista matéria publicada pelo *The Economist* supracitada relata o risco, ao afirmar:

No primeiro ano após interromper uma dose de 2,4 mg de semaglutida, as pessoas recuperam dois terços do peso que perderam (ver gráfico 3). E, como acontece com a dieta, algumas pessoas até engordam mais do que começaram. A necessidade de continuar injetando é aceitável para as empresas farmacêuticas, mas torna os médicos mais cautelosos, dada a falta de dados sobre os efeitos do uso ao longo da vida. O rascunho das diretrizes nacionais da Grã-Bretanha diz que a semaglutida não deve ser tomada por mais de dois anos para perda de peso. Mas, à medida que mais dados sobre os efeitos de longo prazo das drogas estiverem disponíveis, é possível que elas se tornem como as estatinas, um medicamento para baixar o colesterol comumente prescrito para toda a vida (THE ECONOMIST, 2023, Tradução Livre).

Ou seja, é preciso ter cautela. Ainda pouco se sabe acerca dos efeitos da utilização desse tipo de medicação a longo prazo e não muito se sabe acerca dos efeitos colaterais do uso contínuo desse tipo de substância. De acordo com matéria divulgada pelo jornal *O Globo*⁴⁰ em maio de 2023, os principais efeitos colaterais destacados até agora são relacionados com o trato gastrointestinal: náuseas, vômitos, sensação de plenitude gástrica, constipação ou diarreia, cefaleia e sensação de fraqueza.

O que pode ser destacado, até o momento, é que apesar das promessas entendidas como positivas, é preciso ainda conhecer um pouco mais profundamente

³⁹ Site da notícia: <https://g1.globo.com/saude/noticia/2023/01/03/remedios-contr-obesidade-veja-diferenca-entre-o-novo-wegovy-e-ozempic-que-usam-a-semaglutida.ghtml>

⁴⁰ Notícia completa em: <https://oglobo.globo.com/saude/medicina/noticia/2023/05/por-que-ozempic-emagrece-veja-riscos-e-preco-do-medicamento.ghtml>

sobre o uso. O que não impede que esse medicamento já seja amplamente prescrito por profissionais de saúde e educação física. Em algumas publicações, como no *podcast O Assunto*, apresentado pela jornalista Natuza Nery e intitulado *Ozempic - a caneta do emagrecimento* ⁴¹, do dia 29 de março de 2023, apesar de ainda trazer desdobramentos do discurso de emergência de saúde pública sobre a gordura corporal, há também a preocupação em pontuar situações de humilhações e violências a que pessoas gordas são submetidas no seu cotidiano. Apesar dessa tentativa de debate um pouco mais abrangente, ainda é notório que a disseminação de tratamentos (de vários tipos, desde cirúrgicos a medicamentosos) se relaciona e muito com discursos que colocam o corpo gordo como algo que precisa ser controlado.

3.3.3 Outras abordagens regulatórias acerca do peso corporal

Ser uma mulher gorda e conversar com outras pessoas que também têm essa marca em suas trajetórias foi um desafio. Isso porque, em cada conversa, pude reconhecer inseguranças e violências travestidas de cuidados que foram sentidas no meu próprio corpo. Foram constantes os relatos sobre cirurgias, dietas, medicações, rotinas de exercícios, dentre muitas alternativas com a finalidade de correção de seus (nossos) corpos. Dentre muitos desses relatos, destaco o de Bela, uma mulher cisgênero, branca, psicóloga na casa dos 40 anos de idade, sobre como começaram na sua vida os tratamentos para emagrecer:

Minha mãe sempre fez acompanhamento médico com um clínico geral pra emagrecer. E aos 18 anos eu também começo a fazer e a tomar anfetamina. E aí eu fiquei magérrima né, e aí tem aquela coisa, servia nas calças padrão, e achava que estava tudo bem. Só que esse tratamento com medicação me levou a uma depressão um tempo depois, e aí por causa da medicação e por umas outras questões de sexualidade, porque vem tudo junto né, eu começo a fazer tratamento com psiquiatra e desde então, sempre tratamento em relação a saúde cai no peso. Porque o antidepressivo que o psiquiatra prescreveu junto com o outro também ajudava a emagrecer. Aí aos vinte e poucos eu já tinha engordado novamente, fiz redução do estômago com a promessa da cura, porque foi vendido na época que agora tinha acabado, que a cirurgia de redução do estômago era definitiva, e que se você engordasse a culpa era sua que tava tomando leite condensado escondido. Antes de fazer a bariátrica eu fiz cirurgia plástica de redução de mamas e barriga, mas engordei depois de um tempo. Daí eu fiz a cirurgia de redução de estômago, sempre atravessada por essa coisa da imposição do

⁴¹ Link para o programa completo: <https://globoplay.globo.com/podcasts/episode/o-assunto-1/67b6b00b-7cfa-4893-a40d-a23046dda33e/>

emagrecimento. Eu emagreci muito rápido, porque é uma mutilação muito louca. Mas depois de um tempo eu comecei a engordar tudo novamente. Atualmente estou com o mesmo peso que estava antes de fazer a cirurgia. (BELA, psicóloga).

O controle de pesos e medidas acontece corriqueiramente na trajetória de pessoas gordas. E a pressão por emagrecimento ocorre, muitas vezes, dentro do espaço familiar. Relatos de dietas, controle de quantidade e qualidade de alimentos e preocupação com o peso foram presentes em todas as conversas que estabeleci com pessoas gordas, e isso fez com que eu me recordasse de muitas situações vividas por mim mesma.

É o caso também de Uiara, 30 anos, mulher branca, cisgênero, que tem uma relação bem complicada com sua família. Além de questões relacionadas com a sua sexualidade, seu peso também era motivo de atritos, o que a fez se submeter, desde muito jovem, a procedimentos de emagrecimento.

Enquanto eu vivia lá, o peso sempre foi uma questão. Minha mãe é uma mulher gorda, mas ela não se dá bem com isso. Ela vivia em dietas, dietas e dietas e a família inteira entrava em dietas. Ela que cuidava da alimentação da casa, então se ela entrava de dieta, toda a família também entrava. E comigo era sempre na lógica do emagrecimento, nunca de saúde. Era sempre a lógica de caber nas roupas, no máximo usando 44 porque 44 já era tamanho de gente gorda. Teve dia dela ligar pra escola pra perguntar o que eu estava comendo, porque a gente não podia comer porque estávamos de dieta. Ela dizia que eu não ia conseguir namorado, que ninguém ia gostar do meu corpo assim, e eu me sentia muito mal. Hoje eu penso muito diferente de quando eu era adolescente. E assim, eu comia porque eu tava com fome, mas me questionava 'será que é verdade?', 'será que eu não vou conseguir um namorado?' porque até aí eu ainda não tinha saído do armário, 'será que eu não vou conseguir ficar bonita perto das pessoas?'. Eu demorei muito tempo pra conseguir romper essa lógica e perceber que existem outros tipos de beleza. Até a oitava série eu estudei numa escola de bairro, minha mãe estudou lá também inclusive. Então ela sabia quando eu comprava lanche, tudo ela sabia. Teve um dia que teve feira de cultura, feira de ciências, e os meus Pitstop⁴² estavam todos escondidos na mochila porque eu não conseguia mais comer aquilo. E eu ficava com fome porque ela não me dava dinheiro pra lanche, e eu não tinha, mas não conseguia comer o Pitstop, não entrava, sabe? E aí eu continuei escondendo pra sempre, e ela ficou sabendo. E aí meu pai apareceu na feira sábado e levou todos numa sacola e falou "você vai comer todos agora, a gente gastou muito dinheiro comprando seu lanche, você vai comer agora", e eu fiquei a manhã inteira, o dia inteiro, comendo aquilo. (UIARA, 30 anos).

⁴² Uma marca de biscoitos salgados, sem recheio, vendida pela marca Marilan LTDA.

Traumas na infância também foram muito presentes nos relatos que ouvi. Desde muito cedo, percebemos que nossos corpos não são como os demais, e pior: representam algo ruim. É o que Bethânia, mulher branca, cisgênero, que foi uma pessoa gorda desde a infância até o começo da adolescência, tendo emagrecido bastante na idade adulta após uma mudança radical nos seus hábitos de exercício, compartilha de uma memória de quando era muito nova:

Eu tenho um primo que é gordo e eu sempre ouvi que não podia ficar tão gorda quanto ele. Lembro acho que na época que meus pais se separaram, eu engordei mais, eu tinha seis anos. E eu era muito... não sei se por uma questão de crescimento também, mas eu era muito diferente das outras crianças. Eu era muito maior que elas, maior em altura, maior em tamanho, maior em tudo, assim. Essa é a memória mais anterior que eu tenho a respeito do meu tamanho e de me considerar diferente. Na escola, as crianças tinham um baú de fantasias, acho que primeira série, uma coisa assim. E aí todo mundo vestia uma, escolhia a que mais gostava e eu não tinha nenhuma que cabia em mim. Depois tinha aquela coisa também de se arrumar na casa de alguém, eu não podia, não tinha como, nada cabia em mim. Sempre usei coisas maiores e muito cedo comecei a usar coisas da minha mãe. E, assim, aos 13 anos eu tive um transtorno alimentar, e eu acabei emagrecendo o que eu considero que seja muito, mas eu nunca fiquei muito magra assim. Eu não fiquei uma pessoa magra, mas uma pessoa que emagreceu! E depois de um ano mais ou menos eu ganhei muito mais peso. Tipo, eu perdi uma espécie de 8kg e num espaço de 4 anos eu ganhei acho que 40kg. E aí ficou muito obvio pra mim que, primeiro, eu tinha perdido uma coisa muito importante pra mim que era o que eu considerava que estava ficando magra, e eu tinha perdido além de não estar magra eu estava definitivamente gorda. Então isso pra minha família foi visto assim como uma perda. Aquela coisa, 'ah, tava tão bem e agora engordou de novo!'. Minha experiência com meu corpo foi muito moldada pelo que os outros me diziam – então assim o que é válido, o que não é, o que precisa ser mudado. Meu pai dizia 'eu não sei como é que tu consegue ser feliz assim'. (BETHÂNIA, Historiadora)

Aurora, mulher branca, 24 anos, cisgênero, que trabalha com publicidade, faz uma confissão emocionada para mim, que, segundo ela, ainda não havia comentado com ninguém, sobre uma situação dolorosa vivenciada por conta do seu corpo. Ela mal conseguiu terminar de contar porque ficou com a voz embargada, sinalizando o quão profundo pode ser um comentário acerca da sua corporalidade, para quem vive no seu cotidiano esse tipo de julgamento a vida inteira.

Eu vou te contar uma coisa que aconteceu. Eu fui num show do Di Ferreira, que eu gosto muito do NX Zero, eu era emo uma época, né. E aí eu gosto muito ainda, acompanho e tal. E aí eu fui lá tirar

uma foto com ele, fiquei super emocionada. Fui embora, e quando eu tava esperando meu UBER, tinha dois caras parados assim na parede, e eles estavam bêbados, claramente. E aí eles falaram assim 'olha aí, a gordinha já conseguiu tirar lá a foto com o cara'. E isso me pegou de um jeito, eu não compartilhei com ninguém até hoje, me pegou de um jeito que eu não tava esperando. É aquilo, ninguém nunca fala na tua cara e quando fala, olha, me pegou de um jeito muito violento. Pareceu assim que eles tinham me dado um tapa na cara, sabe? E é isso, geralmente a gente recebe esse olhar, a gente nunca imagina que vai receber um olhar tipo 'bah, olha a roupa que ela ta usando, que legal, que estilosa, que mina bonita', sabe? Nunca conseguem nos ver num lugar que não seja esse de pena, nojo às vezes, de depreciação. (AURORA, publicitária).

Corpos gordos são vistos como um risco iminente, e esse discurso se manifesta de diversas formas: seja através do tom de urgência pelos quais políticas de emagrecimento, notícias sobre a descoberta de novos medicamentos ou controle e cuidados com o peso de familiares, desde a infância, como podemos perceber a partir de tudo que foi discutido até agora. Como nos trouxe Else Vogel (2016), de acordo com a OMS, a chamada obesidade é considerada um dos maiores desafios que devemos enfrentar em nossos tempos. Tal emergência se manifesta nessas violências cotidianas, como compartilhado por Aurora:

Eu ficava na casa de uma tia, no período contrário à aula. E ela também era super neurótica com o peso dela. E aí ela começou a fazer com um grupo de amigas que iam todas num encontro no final do dia, depois do expediente, se pesavam no banheiro e falavam pra nutricionista o peso. E depois a que mais emagrecia na semana seguinte trazia um prato pras pessoas comerem. Um prato saudável, uma dieta meio que padrão pra todas. E numa delas eu fui a premiada e eu tinha que trazer o bolo salgado lá, saudável, fit; E eu não tinha perdido peso, mas só eu sabia que eu não tinha perdido, mas foi constrangedor pra mim. (AURORA, Publicitária).

Acontecimentos desse nível são capazes de marcar a trajetória de uma pessoa muito profundamente. Além disso, situações de violência e vigilância vindas especialmente das pessoas que são responsáveis pela garantia de cuidado e proteção (seja familiares, profissionais de saúde, professores etc.) podem causar adoecimentos diversos. Conforme afirmado por Vogel (2016), todo esse aparato de tratamentos nesse nível de urgência que coloca corpos gordos como um problema a ser corrigido a todo custo acaba por colocar pessoas consideradas gordas em risco de sofrer distúrbios alimentares, ansiedade e distúrbios relacionados com a comida. E mais do que isso: o emagrecimento pode causar danos irreversíveis na autoestima e insatisfação corporal

(BACON & AFRAMOR, 2011; NICHOLLS, 2013), além de destacar que a gordofobia aumenta a estigmatização, desmoralização e culpabiliza pessoas gordas e seus familiares. (COOPER, 2010; MURRAY, 2007; ROTHBLUM, SOLOVAY, & WANN, 2009 *apud* VOGEL, 2016).

3.4 Corpo gordo em risco: pandemia e o perigo da comorbidade

Durante a pandemia de COVID-19, logo nos meses iniciais, naquele momento que todos estávamos assombrados com as informações alarmantes acerca do contágio, tentando nos proteger da maneira que era possível dentro da realidade de cada um – quem pôde ou foi liberado pelo trabalho para permanecer em isolamento, mas é sabido que grande parte da população teve de continuar se arriscando, mesmo com todo o alarde acerca da gravidade da doença –, casos graves de COVID-19 foram associados a grupos de risco, que de maneira geral eram pessoas imunossuprimidas, com doenças crônicas, diabetes, idosos com mais de 60 anos e, claro, pessoas consideradas obesas.

Pesquisas contendo essas relações começavam a ser amplamente divulgados pela mídia. De acordo com Luciano R. Giacaglia (2020), em seu artigo intitulado “Covid-19, Obesidade e Resistência à Insulina”, haveria indícios da correlação entre obesidade e agravamentos de infecções virais averiguadas desde as epidemias de vírus influenza e outros representantes do coronavírus como o SARS e MERS⁴³. O autor afirma também que há tempos cientistas perceberam que indivíduos obesos com H1N1 permaneciam por mais tempo com potencial transmissor ativo, em relação a outros sujeitos. Além disso, a pesquisa aponta que

Este aspecto, negligenciado nas primeiras descrições da doença, ganhou relevância com os dados epidemiológicos de países ocidentais, especialmente os Estados Unidos, onde a prevalência da obesidade, da ordem de 40%, é muito maior que a da China, com apenas 6%. Um estudo britânico observou que 72% dos pacientes internados em UTI, por COVID-19, tinham obesidade ou sobrepeso. Inclusive, nos pacientes com índice de massa corpórea (IMC) >30 kg/m², a taxa de mortalidade dentre os casos graves na UTI foi ao redor de 60% (GIACAGLIA, 2020)

Interessante pensar que a relevância do peso em casos graves e mortes decorrentes da infecção de COVID-19 só começou a ter notoriedade a partir do momento que médicos e cientistas perceberam a alta mortalidade de pessoas jovens, até então consideradas fora de riscos de complicações. Apesar de apontar para tais riscos,

⁴³ Ver mais em <https://saude.abril.com.br/medicina/as-diferencas-e-semelhancas-entre-o-sars-cov-2-e-outros-coronavirus/>

Giacaglia (2020) demonstra que tais correlações podem não ser tão precisas como se afirma. De acordo com ele

Ao se falar em obesidade, esbarramos sempre na questão da definição, classicamente apoiada no IMC. Alguns relatos de literatura até descrevem o chamado "paradoxo da obesidade", visto que, nos pacientes classificados pelo IMC como sobrepeso (25-30Kg/m²), a evolução não parece ser tão desfavorável e, por vezes, é até melhor, quando comparados a indivíduos com IMC muito baixo (abaixo de 20Kg/m²). (GIACAGLIA, 2020, p. 3-4).

O autor afirma que diversos fatores podem ter colaborado para que se passasse a acreditar que pessoas gordas tivessem mais risco de vida ao ser diagnosticada com COVID-19: conduta clínica que coloca pessoas consideradas obesas sujeitas a internação e a procedimentos invasivos precocemente, quando comparadas a pacientes magros com as mesmas condições; o IMC, por ser uma média entre peso/altura e não considerar diferenças étnicas e a distribuição de gordura corporal e relação entre massa magra/adiposa, podendo fazer com que pessoas subnutridas sejam consideradas "saudáveis" por apresentarem uma média de IMC dentro dos parâmetros, além de indicar sujeitos com massa muscular predominante como obesos, a partir do valor encontrado.

Um outro fator associado a essa relação apressada entre obesidade e gravidade de COVID-19, de acordo com Giacaglia (2020), tem a ver com um hormônio chamado leptina, sintetizado por adipócitos que, quando em excesso de gordura, possui um efeito de modulador da imunidade, promovendo o que o autor chama de a maturação e ativação dos linfócitos B. Isso significa que pessoas magras poderiam possuir baixos níveis desse hormônio e, dessa maneira, mais riscos de infecções. Ou seja, pessoas consideradas com sobrepeso e, conseqüentemente, maior nível de leptina, teriam mais vantagem imunológica. Os grandes riscos estariam relacionados, de fato, com uma quantidade pequena de pessoas que estão nos extremos do IMC, e, mesmo assim, a depender de outros fatores e comorbidades em cada caso.

Além de demonstrar questões imunoinflamatórias e cardiometabólicas, relacionadas entre a gordura corporal e a COVID-10, Giacaglia (2020) também aponta para outras dificuldades encontradas por essa população durante a internação, que vão desde a falta de macas e leitos apropriados à dificuldade encontrada pela equipe médica para a mudança de decúbito, higiene, acesso a vias circulatórias, realização de procedimentos clínicos, bem como problemas relacionados com intubação orotraqueal feita de maneira incorreta causando perfurações traqueais. O autor destaca uma pesquisa francesa que demonstrava riscos durante ventilações mecânicas com

pacientes infectados por COVID-19, especialmente em sujeitos considerados obesos. De acordo com o autor

Do ponto de vista pulmonar, a obesidade afeta a reserva de volume expiratório, a capacidade funcional vital e a complacência pulmonar. No decúbito dorsal, o excesso de gordura abdominal pode comprometer ainda mais a respiração, por reduzir as excursões diafragmáticas. O paciente torna-se mais susceptível à atelectasias e a infecções bacterianas secundárias, agravando ainda mais o quadro. Estes pacientes, portanto, podem se beneficiar ao adotar a posição de decúbito ventral. (GIACAGLIA, 2020, p. 9)

Um outro estudo, apresentado por Simone Brandão et al. (2020), demonstra que, em casos graves de COVID-19, ocorre uma dificuldade da resposta imune à infecção viral causada por uma produção excessiva de citocinas pró-inflamatórias, a chamada “tempestade de citocinas”, atingindo o estado de hiperinflamação. A ligação de uma maior predisposição a casos de sepse e obesidade está, de acordo com o estudo

... correlacionada com elevada contagem de leucócitos e linfócitos(exceto de células NK, T supressoras e T citotóxicas), com supressão da proliferação linfocitária dos linfócitos T e B e com maiores taxas de atividade oxidativa e de fagocitose por monócitos e granulócitos, demonstrando as consequências dessa patologia no sistema imune. (BRANDÃO, et. al., 2020, p. 17)

Além disso, o estudo demonstra que a obesidade está relacionada com uma marcante inflamação do tecido adiposo, a partir do aumento da produção de adipocinas pró-inflamatórias, a exemplo da IL-6 e o TNF- α (BRANDÃO et al., 2020), causando uma desregulação entre citocinas pró-inflamatórias e anti-inflamatórias e consequentemente prejuízos ao sistema vascular, promovendo disfunção endotelial, caracterizada por diminuição na produção de óxido nítrico e aumento na síntese de espécies reativas de oxigênio, o que estabelece um estado inflamatório e de estresse oxidativo.

Simone Brandão et al. (2020) demonstram que, apesar do surgimento de inúmeras pesquisas que relacionam o risco de insuficiência respiratória grave e obesidade, muitas delas são feitas com base em estudos considerados retrospectivos a partir de dados secundários, revelando a necessidade de confirmação de tais relações em pesquisas futuras. Na mesma direção, uma publicação no site da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO), acerca dos resultados de uma pesquisa feita em colaboração entre o DataLab da Universidade de Oxford e a London School of Hygiene and Tropical Medicine, na Inglaterra, apesar de apontar para uma relação entre obesidade e gravidade da infecção viral, afirma que

se existe uma relação que chega a ser um gradiente entre o peso e a covid-19, isso significa que orientar os pacientes para a prática rotineira de atividade física e para a adoção de uma alimentação mais equilibrada, ainda que ele perca poucos quilos, já diminuirá o risco apontado no estudo. Daí que, com um olhar mais positivo, esse pode ser um argumento para a adesão ao tratamento. **Não é preciso necessariamente se tornar uma pessoa com IMC normal para ver o risco cair** (ABESO, 2020).

Além de ficar evidente que o IMC, por si só, não pode ser capaz de determinar se determinadas pessoas serão mais propensas a uma infecção viral mais grave, podemos compreender que, naquele momento de emergência sanitária, a disseminação de pesquisas preliminares relacionando mortalidade por COVID-19 e gordura corporal foi capaz de atualizar o imaginário de risco de morte já colocado sobre corpos gordos, despertando ansiedade, medo e justificando negligências e maus tratos a pessoas gordas dentro de espaços de cuidados em saúde. Além disso, demonstra o pouco preparo de equipes médicas no manejo e tratamento de pessoas gordas de maneira geral.

Tal situação de pânico e ansiedade foi especialmente notada não apenas por mim, nos muitos meses completamente isolada do convívio social, lavando pacotes de compras na pia da cozinha ou manchando a mesa com as embalagens de biscoito que passavam pela borrifada de álcool em gel tão logo chegavam do mercado. Era real o risco de morrer caso meu corpo gordo entrasse em contato com esse vírus, do qual ainda tão pouco se sabia. Quase todas as pessoas gordas com quem conversei relataram episódios de adoecimento psicológico, ansiedade, agravamento de distúrbios alimentares ou algum tipo de condição ansiolítica naqueles meses em que vivíamos o COVID 19 ainda sem esperanças por vacina.

Durante esse momento, Ivy, 29 anos, cisgênero, branca, quase foi impedida de trabalhar única e exclusivamente por ser uma pessoa gorda. Destaco aqui o que ela compartilhou em nossa conversa sobre esse período:

Eu trabalhava pra uma assessoria e tinha sido promovida para um cargo de liderança, e foi bem nessa época que estourou a pandemia e as pessoas começaram a fazer homeoffice, eu tinha essa condição também, mas aí eu fui afastada do trabalho, fiquei 60 dias sem trabalhar, só em casa mesmo. Quando eu voltei, eu era obrigada a passar por um médico do trabalho, que normalmente o médico só te pergunta se tu estás respirando e assina que tu tá apto ao trabalho, né? (risos) mas o que aconteceu: ele fez uma entrevista comigo, perguntou as medicações que eu tomava, se eu já tinha me fraturado, etc. e eu disse que não tinha nenhuma doença, hipertensão, diabetes, nada. Aí no final ele perguntou meu peso e altura, começou a mexer no celular em silêncio e eu ali, por uns dois minutos naquele silêncio, aquele constrangimento, só eu e ele na sala. Dai ele olhou pra mim e disse que não ia me

aprovar pra voltar pro trabalho presencial porque tu é um dos casos em que se contrair COVID vai ser muito grave. E eu fiquei sem entender, porque eu não tenho absolutamente nada. E aí ele foi mais enfático, disse que eu não podia voltar a trabalhar porque meu peso, meu IMC tava muito alto, “se tu contrair COVID é capaz de tu morrer”, falou assim! E eu falei ‘caramba, eu vou morrer certo! Pego ônibus todo dia, é certo que eu vou morrer”. No mesmo dia eu fui procurar nutrólogo, eu cheguei a emagrecer 23 quilos em 4 meses, foi muito rápido. O médico me deu um, eu nem sabia que isso existia, ele me deu um atestado de obesidade. Ele colocou que não atestava o retorno ao trabalho por considerar que eu era uma pessoa de risco. E eu fui entregar o atestado pra minha chefe e foi constrangedor, porque ela perguntou ‘ta, mas o que tu tem?’ e eu tive que dizer “é porque eu sou gorda!” Daí ela se colocou a disposição pra oferecer profissionais, e tudo. Só que tem um detalhe, ele não colocou no documento que solicitava o afastamento, mas que indicava, então por essa palavra eu pude continuar trabalhando presencial. Mas foi muito estranho, porque todos os colegas me pressionavam pra perder peso. Se eu pegasse uma paçoquinha me perguntavam como tava a dieta! Durante um tempo foi bem chato. E eu sabia que não era uma preocupação com a minha saúde em si, e sim se eu podia continuar trabalhando ali ou não. Mas foi tão ruim que eu saí depois de um tempo. Foi a história mais estranha que me aconteceu. (IVY, 29 anos).

Fica evidente, nesses relatos, que é disseminado o discurso de que oferecer possibilidades de emagrecimento é entendido como único cuidado possível para pessoas gordas. À medida que a necessidade imposta de perda de pesos e medidas passa a justificar situações vexatórias, desumanizantes e violentas direcionadas a pessoas consideradas obesas, podemos nos questionar de que forma podemos produzir saúde em uma sociedade que nos oferece justamente o oposto? Mesmo diante de uma pandemia mundial de COVID-19, tais discursos foram atualizados de tal forma que colocaram, mais uma vez, os corpos gordos em situação de risco iminente de morte.

Nesse sentido, destaco uma das entrevistas realizadas para a pesquisa, com a administradora de uma página do Instagram chamada Saúde Sem Gordofobia, que faz uma espécie de curadoria de perfis de profissionais de saúde que têm, em sua prática, uma abordagem antigordofóbica. Tal destaque não se dá só em relação a um discurso livre de violências e constrangimentos relacionados com o peso, como também profissionais que contam com espaços físicos que sejam acessíveis a corpos grandes, desde cadeiras e poltronas em salas de espera como espaços adaptados dentro do próprio consultório. A página, que tem mais de 20 mil seguidores, está ativamente trabalhando pela disseminação não apenas de contatos, mas da importância de se buscar constantemente o cuidado com seu corpo a partir da escolha de profissionais em

uma rede considerada segura. Sobre o período inicial da pandemia da COVID-19, no qual corpos gordos foram considerados “grupo de risco”, a profissional afirmou:

As pessoas ficaram em pânico, né. E aí em seguida eles usaram o negócio da vacina, com preferência por quem tinha comorbidades, e super dificultaram, né. Tanto que o saúde (Saúde sem Gordofobia), fez vários mutirões, vários médicos ali participaram, porque primeiro eles aterrorizaram as pessoas, depois eles dificultaram a vacina. Eu tive muitos pacientes que os pais, os parentes ficaram desesperados, e aí ficava muito aquilo, o que é mais de risco? Quem é idoso? Quem eles chamam de obeso? Então, as pessoas estavam muito apavoradas e isso piorou muito a questão de saúde mental, muitas crises de pânico e ansiedade, quem tinha uma questão psicótica entrava em episódio, porque eles resolveram enlouquecer mesmo as pessoas. E era muito assim: a gente achava que o mundo tava acabando, e você vai pensar em emagrecer agora? Eu não via sentido, porque assim, uma das coisas que sempre acontecem, principalmente com a minha experiência com dieta, reeducação alimentar, a perda de peso sempre me deixou com a imunidade mais fraca, né? Então eu não via muito sentido. Mas eu sei que muitas pessoas viram e ficaram desesperadas (SAÚDE SEM GORDOFOBIA).

Muitas pessoas, como eu, estavam sofrendo as consequências de serem constantemente avisadas, pelo noticiário, que sua vida estava em risco. Até aquele momento, quando eram divulgados os números diários de mortes, havia uma observação de quanto daquele total compunham o que era chamado de “grupo de risco”, ou seja, pessoas obesas, hipertensas e acometidas por outras doenças crônicas como diabetes, HIV, problemas respiratórios, dentre outros. Muitas das pessoas com quem conversei nas entrevistas sobre as práticas de cuidado em saúde destacaram a época do isolamento social como um momento que ser um corpo gordo foi, de fato, um motivo de riscos.

Em publicação no Portal Fiocruz, denominada “Mistanásia hoje: pensando as desigualdades sociais e a pandemia COVID-19”, Roberta Lemos dos Santos et al. (2020) demonstram como pessoas com menor poder econômico foram sendo massivamente afetadas pela pandemia em relação a outras classes sociais. A publicação aponta que pobreza, racismo, más condições de trabalho, sistema público de saúde sucateado, dentre outros fatores, fazem com que os números de pessoas pobres infectadas e mortas durante a pandemia seja tão predominante. De acordo com os autores

Neste cenário de desigualdades, de impactos diferenciados segundo grupos sociais, a redução do financiamento do sistema de saúde brasileiro somada à má administração do dinheiro público destinado à saúde, acaba gerando um total descompromisso com a vida da população. É essa política de desinvestimento, desinteresse e descompromisso que condiciona a vida e a morte, afetando diretamente os grupos mais vulnerados caracterizando, assim, a mistanásia. A mistanásia é um neologismo do bioeticista Márcio Fabri dos Anjos, que pode ser descrita como morte infeliz, miserável e evitável (SANTOS et. al., 2020)

Importante ressaltar que, nos meses iniciais da pandemia, ainda não existiam vacinas disponíveis para a população. Mesmo com a imposição de fechamento de grande parte dos serviços e comércios e o isolamento social, muitas pessoas ou foram impedidas de ficar em casa pois precisavam continuar trabalhando, ou não tinham sequer uma moradia que contasse com sistema de água encanada e condições de higiene e cômodos individuais. Não por acaso a primeira morte por COVID-19 registrada no país foi de uma diarista⁴⁴. Ou seja, a disseminação e o controle do contágio da COVID-19 estiveram desde o início, diretamente relacionados com ações de testagem, tratamento, isolamento social e condições básicas de saneamento básico e hábitos de higiene.

Dessa forma, uma enorme parcela da população encontrava-se, naquele momento, sem possibilidades reais de prevenção e cuidado. A socióloga Sabrina Strings afirma, em uma nota publicada pelo *The New York Times* intitulada *It's Not Obesity. It's Slavery: We know why Covid-19 is killing so many black people* ou “Não é obesidade, é escravidão: nós sabemos porque COVID-19 está matando tantas pessoas negras”, em tradução livre, diz que más condições financeiras e difícil acesso a cuidados em saúde fazem parte da realidade de muitos norte-americanos negros e pobres. A autora faz uma crítica à associação considerada por ela “apressada” entre COVID-19, negritude e obesidade, por acreditar que tais relações se dão a partir de outros fatores ou, em suas próprias palavras:

A promoção de associações tensas entre raça, tamanho do corpo e complicações dessa doença pouco conhecida serviu para reforçar a imagem de pessoas negras como essencialmente ligadas a prazeres como comer e beber, o que supostamente torna nossos corpos rebeldes e repositórios de substâncias a doenças. Tais atitudes ecoam o que descrevi em *Fearing the Black Body: The Racial Origins of Fat Phobia*. Minha pesquisa mostrou que as atitudes anti-gordura não se originaram com descobertas médicas, mas com a crença na era do Iluminismo de que a superalimentação e a gordura eram evidências de “selvageria” e inferioridade racial de pessoas negras (NY TIMES, 2020).

Ficava cada vez mais evidente a necessidade de se ter uma visão ampla acerca de inúmeros fatores – incluindo desde classe social, idade, rotinas de exercício, alimentação, cuidados específicos e amplos em saúde, dentre outros – como de extrema relevância para teorizar sobre adoecimentos, causas e tratamentos. Não se trata de negar que existe ou não uma relação direta entre casos de morte e agravamentos da

⁴⁴ Primeira morte por coronavírus no país: a diarista Rosana Urbano deixou um filho com atraso de desenvolvimento e epilepsia. LINK DA MATÉRIA: <https://extra.globo.com/noticias/coronavirus/primeira-morte-por-coronavirus-no-pais-diarista-rosana-deixou-um-filho-com-atraso-de-desenvolvimento-epilepsia-24575927.html>

COVID-19 e gordura corporal. Importante ressaltar que tal marcador foi colocado como determinante, mesmo já sendo tão utilizado para estigmatizar pessoas e cujas políticas pensadas para a manutenção de saúde sejam sempre relacionadas com seu desaparecimento a partir do emagrecimento, independentemente do seu estilo de vida. São corpos considerados adoecidos *a priori* e que, ao mesmo tempo, não conseguem acesso a tratamentos, seja pela falta de equipamentos que os comportem, ou por despreparo da equipe médica e negligências resultantes da percepção de que suas vidas já estejam condenadas em comparação a outras.

No Canadá, a produção da obesidade enquanto uma emergência sanitária também se mostrava presente. Segundo Paradis (2016), a gordura corporal foi ressignificada em termos médicos e, para isso, foram criadas uma infinidade de diagnósticos, ferramentas de avaliação e “tratamentos”. Para a autora, seu estudo sobre a medicalização do corpo gordo a partir da análise de publicações médicas foi uma forma de analisar a construção discursiva da chamada obesidade, o que ajuda a compreender os processos nos quais os corpos gordos foram e são compreendidos como reflexo de uma crise de saúde pública.

Em seu escrito, a autora demonstra os discursos acerca dos perigos da disseminação da obesidade na sociedade canadense e aponta, a partir de publicações como a *do Groupe de travail provincial sur la problématique du poids* (2004) da província de Quebec, que apontou que cuidados acerca do peso deveriam ter caráter emergencial. De acordo com Paradis (2016)

As causas por trás da obesidade são descritas como uma "rede causal de fatores" internacionais, nacionais/ regionais, fatores comunitários e individuais (Groupe de travail provincial sur la problématique du poids 2004). Da mesma forma, Thatcher (2004) observa que, embora o controle do peso possa ser visto como uma "questão pessoal, é, mais fundamentalmente, uma questão de política e economia". Um relatório de Starky (2005, 13) para a Biblioteca do Parlamento, ao mesmo tempo que posiciona a obesidade como uma epidemia com um grande impacto econômico, conclui com um convite para considerar e uma abordagem de impacto "social, econômico, físico e fatores ambientais para apoiar os canadenses a fazer escolhas mais saudáveis". Statistics Canada (2006) relatou altas taxas de obesidade como parte de seus Relatórios de Saúde, no mesmo ano da fundação da Canadian Obesity Network, um grupo líder de defesa contra a obesidade no Canadá. Dois anos depois, Health Canada (2008) discutiu as tendências a obesidade como parte do Healthy Canadians 2008 Federal Report colocando a gordura como parte marcante na agenda de saúde canadense (PARADIS, 2016, p. 5, Tradução Livre).

De acordo com Paradis (2016), há um aumento de publicações médicas acerca da chamada obesidade, sendo recorrente o ideal de perigo iminente que precisa ser contido

e controlado. Durante o período de doutorado sanduíche, pude perceber tal recorrência tanto nos relatos de grupos em redes sociais que acompanhei quanto em notícias divulgadas em jornais locais, o que demonstra que tal debate ultrapassa os limites da classe médica. Cabe destaque um caso específico que gerou uma grande repercussão: uma enfermeira teve sua candidatura de emprego negada por conta do seu peso. De acordo com a matéria intitulada *Trop grosse pour aider?* (em tradução livre: muito gorda para ajudar?), divulgada pelo site La Tribune³¹, após a publicação do vídeo em que a enfermeira Marie-Christine Lanoue desabafava a respeito da sua situação, milhares de outros profissionais de saúde compartilharam suas próprias histórias de terem perdido oportunidades de emprego por conta do seu peso.

O caso da enfermeira causou espanto especialmente por ter acontecido justamente no momento que hospitais e serviços de saúde estarem funcionando muito perto do limite de mão de obra e ocupação por conta da pandemia de COVID-19. A justificativa pela negativa de sua contratação estava foi a associação entre gordura corporal e altos riscos de mortalidade em decorrência do vírus. De acordo com a recomendação do *Institut national de santé publique (INSPQ)*, em documento intitulado “*Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs avec maladies chroniques*” (2020), os trabalhadores portadores de doenças crônicas não controladas, patologias associadas a problemas respiratórios ou, como dito, obesidade significativa (IMC igual ou superior a 40), não deveriam ser expostos, dentro das possibilidades, a pacientes que contraíram COVID-19. Tal recomendação e, posteriormente, a denúncia dessa trabalhadora da saúde geraram incontáveis discussões e postagens de casos similares.

A categoria “grupo de risco” já havia determinado que corpos como o meu estariam à mercê da sorte, em caso de infecção. O fato de fazer parte da categoria que, conforme descrito por Júlia Mistro (2021), *eu que nem sabia o que significava “comorbidade”, só adivinhava, me encontrava com lugar bem conhecido, a produção de minha morte como justificável e de minha vida posta em questão* (MISTRO, 2021). Esse temor foi meu fiel companheiro, que me fez permanecer em isolamento total por quase um ano – sem ver familiares, amigos, ninguém. Ao ser aprovada no doutorado sanduíche, a possibilidade de embarcar só pareceu um caminho viável após a primeira dose da vacina e a constante diminuição de casos no decorrer dos primeiros meses de 2021.

A sensação de temor constante diminuiu com a chegada de vacinas. A diminuição do número de casos e um relativo retorno de atividades coletivas (ainda que com a obrigatoriedade de utilização de máscaras em aulas e espaços fechados e da

apresentação de um documento que comprovasse o *status* vacinal, a vida parecia voltar ao “normal” aos poucos). Porém, o medo retornou quando, em 2021, enquanto fazia a pesquisa em Montreal/Canadá, fui infectada pela primeira vez pelo coronavírus. A viagem para a realização do Doutorado Sanduíche com objetivo de analisar políticas de cuidado em saúde para pessoas gordas foi, então, atravessada pelo meu maior pavor. Em dezembro de 2021, com a chegada da subvariante Omicron, as vacinas existentes não foram suficientes para frear esse novo momento de disseminação. Conforme demonstrado por matérias da época⁴⁵, embora os casos entre pessoas vacinadas, em sua maioria, não se encaminharem para um agravamento, foi inevitável reviver o pânico daquele primeiro semestre de 2021.

⁴⁵ Em matéria da BBC Brasil, intitulada Ômicron: as boas e más notícias da nova variante da covid e o que tudo isso significa, discutiam-se os riscos e o que já havia sido descoberto sobre a variante, em dezembro de 2021. Link da matéria: <https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/bbc/2021/12/26/omicron-as-boas-e-mas-noticias-da-nova-variante-da-covid-e-o-que-tudo-isso-significa.htm>

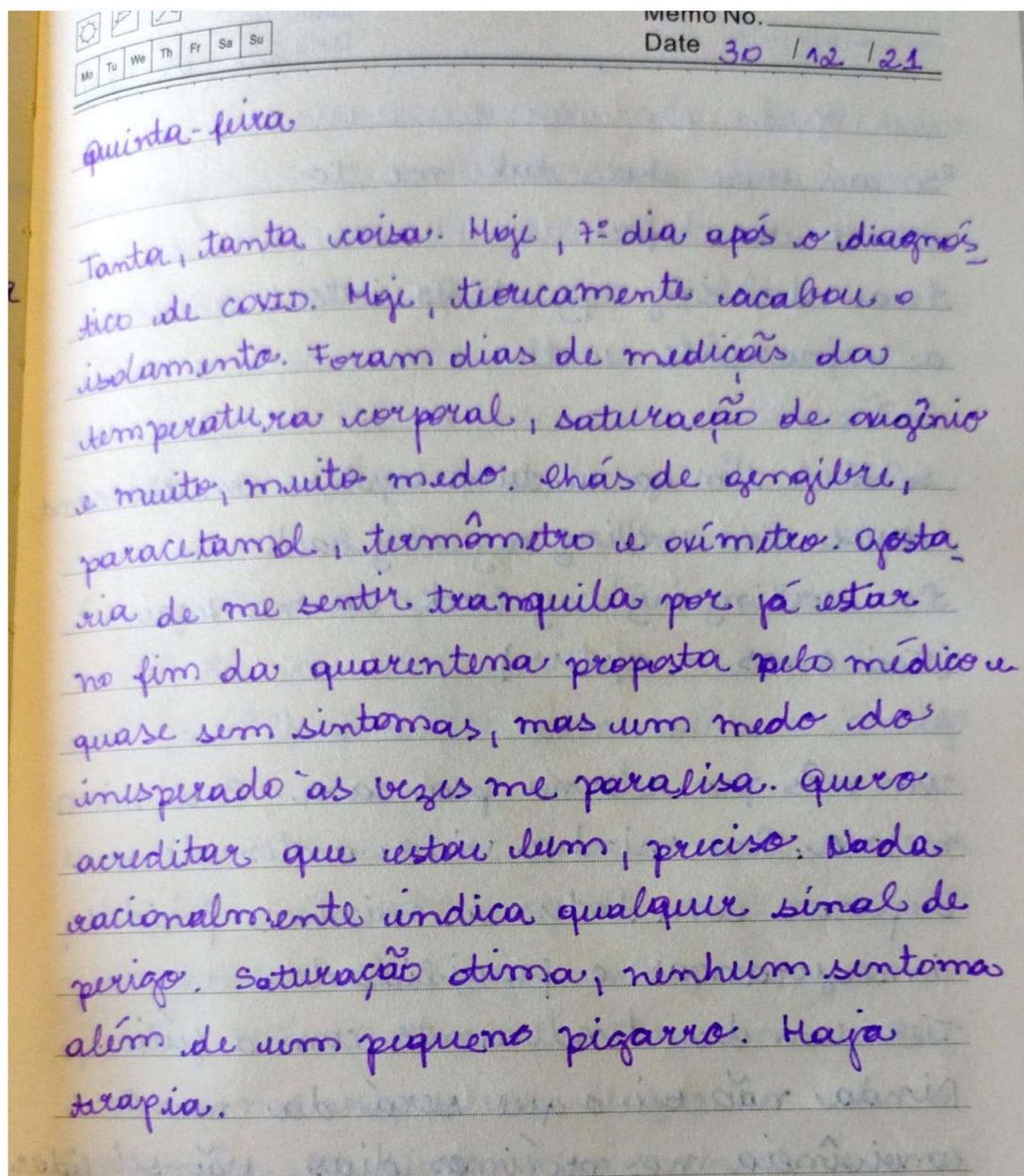


Figura 38 Flávia Novais - Diário de Campo (2020)

No momento que o exame confirmou que eu estava com COVID-19, voltaram à tona todos os temores que associavam riscos de morte a corpos gordos como o meu. Toda a minha subjetividade estava, a partir daquele momento, condicionada ao fato de ser um corpo gordo com COVID-19. A primeira medida foi correr até uma farmácia e comprar termômetro e oxímetro, apesar de não apresentar quase nenhum sintoma. Era inverno e, naqueles dias, as temperaturas estavam bem abaixo de 0°.

Por alguns dias, meus únicos companheiros foram o oxímetro, o termômetro e o telefone, pois conversava constantemente com familiares e meu companheiro. Fiz incontáveis pesquisas, liguei para médicos que eu conhecia, ficando completamente alerta a qualquer sinal do meu corpo. Esse corpo gordo que, por si só, poderia me revelar o risco inevitável de piora, como fora sinalizado durante muito tempo, desde o começo da pandemia.

De acordo com o a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia,⁴⁶ o nível de saturação desejável deve ser de no mínimo 89%, porém pode variar de acordo com diversos fatores, tais como: tipo de aferição – se com oxímetro de pulso ou por um exame de sangue chamado gasometria arterial –, tempo de descanso no momento da aferição, se a pessoa possui esmaltes ou unhas postiças no momento do exame com oxímetro e, ainda, a cor da pele. Em nenhuma das minhas aferições, minha oxigenação sanguínea esteve em um nível aproximado do mínimo, muito pelo contrário.

Contudo, essas possíveis variações de aferição, apontadas como risco de contagem não acurada, não me deixavam completamente satisfeita com o constante 98% de saturação que aparecia no visor digital do aparelho encaixado no meu dedo indicador. Por vezes, eu fazia várias aferições em mãos diferentes, para me certificar. Nenhum sinal de febre, mesmo conferindo constantemente. Sem dor no corpo, fadiga, nada. Apenas a constante angústia pelo temor de ser desmascarada pelo meu próprio corpo.

Até completar os sete dias de isolamento, eu tinha uma única estratégia: sobreviver a um risco hipotético que não se confirmava na realidade, mas que fora afirmado incessantemente por todos os meios de comunicação, durante todo aquele tempo. Foi inevitável pensar em Haraway (2019) e sua afirmação sobre como a medicina está repleta de ficções e ciborgues, que esses acoplamentos entre organismos e máquinas são cada vez mais frequentes e que há muito foram ultrapassadas as pretensas fronteiras entre natureza e cultura. Aquele diagnóstico, os aparelhos e a atenção constante produziam, em coordenação, meu corpo gordo, naquele momento com covid-19. Ou ainda, todo esse aparato tecnológico fazia parte de quem eu era,

⁴⁶ Site da SBPT: <https://sbpt.org.br/portao/publico-geral/doencas/oximetria-de-pulso/>

inspirada por Annemarie Mol, quando ela diz “*Technologies do not subject themselves to what we wish them to do, but interfere with who we are.*”⁴⁷ (Mol, 2008, P.50).

Nesses termos, viver a certeza de um diagnóstico que, para corpos como o meu, poderia ser sinônimo de morte, foi marcada por medo, saudade da família, aferições constantes de temperatura e níveis de oxigenação sanguínea e inúmeras crises de ansiedade e sensações de sufocamento por muitas vezes “desmentidas” pelo aparato tecnológico do oxímetro portátil comprado dias antes. Embora estivesse acostumada com a narrativa de um corpo gordo e dos riscos a ele direcionados, aqueles dias certamente foram os mais desafiadores por sentir na carne a possibilidade, ainda que mais imaginária do que real, de uma piora. Sensação descrita também por Mistro (2020) quando, ao receber resultados positivos acerca de seus níveis de glicose sanguínea depois de meses de controle e cuidados, sentia-se *exaurida, engolida pelo controle e pela vigilância, obcecada por números e cheia de dúvidas. Vivi, sem orgulho algum, o absurdo de reduzir minha vida à vigília de mim mesma, do meu sangue e de seus números* (MISTRO, pg. 16, 2021).

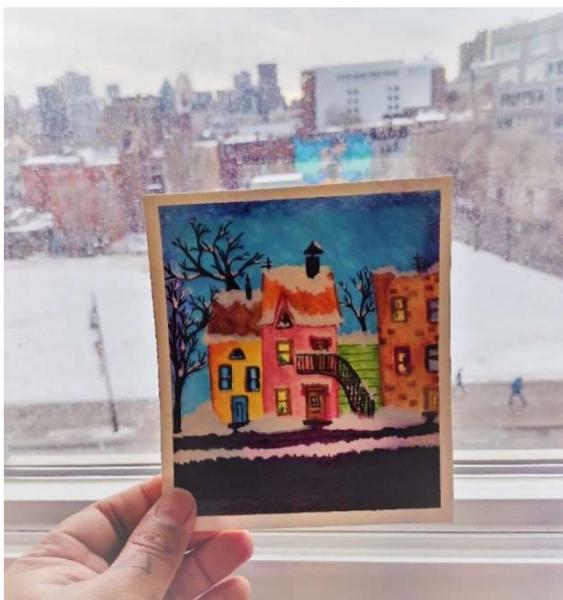


Figura 39 desenho de Flávia Novais - inverno colorido (2021), arquivo pessoal. Fotografia autoral, na qual seguro uma ilustração de casas coloridas com neve acumuladas nos telhados e no chão que remete à paisagem de inverno apresentada na janela à sua frente.

⁴⁷ “As tecnologias não se sujeitam ao que desejamos que façam, mas interferem em quem somos.” em tradução livre.

Naqueles dias de espera, aferições e temor constante, o mundo lá fora já não era mais um risco para mim, mas o contrário: era meu próprio corpo que oferecia perigo, minha respiração ou meu toque desatento poderia infectar outra pessoa. A janela era a única conexão com o mundo exterior e lá fora eu observava atenta o caminhar das pessoas encasacadas, o ritmo dos tratores que tiravam a neve das calçadas, a brincadeira empolgada das crianças na praça ao longe. E mais uma vez, acabei me reaproximando da arte na tentativa de recuperar uma contagem outra do tempo, que custava passar.

Fica evidente que a pandemia de COVID-19 não inaugurou essa produção do corpo gordo enquanto uma corporalidade em risco, conforme já apresentado anteriormente. Na realidade, a emergência sanitária imposta pela disseminação do vírus trouxe novos agentes e novos engajamentos para o corpo gordo, que agora figurava mais uma vez como um risco de morte iminente. Além disso, a rápida assimilação de um risco iminente para essas corporalidades, mais uma vez, demonstra as concepções precárias sobre avaliadores de saúde/doença que hierarquizam medidas corporais, endossam intervenções violentas e humilhantes e acaba por justificar mortes que, muitas vezes, poderiam ser evitadas.

Além do medo e uma constante insegurança diante de uma emergência mundial, na qual é disseminada na mídia a ideia de que ser um corpo gordo te coloca em risco de morte constantemente, é visível que situações humilhantes em espaços de cuidados em saúde, infelizmente, são corriqueiras para pessoas que fogem ao padrão estético considerado saudável em nossa sociedade. Porém, tais constrangimentos e opressões não são as únicas formas de impedimento a um cuidado pleno com o corpo. Há, também, diversos obstáculos que precisam ser enfrentados para o exercício do direito pleno de acesso à saúde por pessoas gordas, como difícil acesso a realização de exames de imagem que comportem corpos grandes, falta de macas, aparelhos clínicos, cadeiras em salas de espera, dentre muitos outros.

Além do tipo de relação que rege o encontro entre profissionais e pacientes gordos que, responsabilizados pela própria doença, teriam menos ciência da sua condição corporal, logo são menos ouvidos, e/ou deveriam receber tratamentos menos qualificados. Casos e discursos que servem como base para a nossa proposição de que as Políticas de Finamento servem, num limite, para o afinamento de corpos e extermínio de corporalidades que sejam consideradas “em excesso”. Tais políticas escancaram também um controle público sobre o corpo gordo e consequente culpabilização pelo possível adoecimento. Nessa linha, no próximo tópico aprofundaremos um pouco mais alguns casos que nos levam diretamente para espaços de consultórios médicos, onde o cuidado deveria acontecer.

3.5 “Tu sempre foste *obesa* assim?” Gordofobia médica e violências em espaços de cuidado em saúde

Estou sentada na cadeira que fica em frente a uma das muitas portas de um imenso corredor de paredes e portas brancas. Pessoas idosas, sempre acompanhadas de outras mais novas que podem ser filhos, sobrinhos, netos, passam por mim e seguem entrando e saindo dessas portas, na medida em que são chamadas ou encerram suas consultas. Penso, por um instante, que sou a mais nova paciente naquele momento e quase ensaio um sorriso. Ouço meu nome sendo chamado no corredor, levanto imediatamente da cadeira e sigo em direção à porta.

Diante dela estava um senhor branco, grande, com aproximadamente 1,90 de altura (suponho eu, apesar de não ter muita noção do que essa medida determina, mas quero expressar que ele era uma pessoa alta), careca e os poucos cabelos que restavam na sua cabeça eram brancos e ralos. Ele tinha enormes olhos azuis, que pouco se demoraram sobre mim pois estavam mais atentos ao meu prontuário do que preocupados em me cumprimentar. Vestia um jaleco branco, com uma das mãos no bolso – a outra segurava uma prancheta onde ficava o papel com informações sobre mim.

Entrei na sala e imediatamente sentei numa poltrona que ficava à frente de sua mesa. Ele, o médico, sentou do outro lado da mesa. Colocou a prancheta com meus dados sobre ela e, então, me olhou. Antes que eu falasse qualquer coisa, pediu que eu retornasse ao corredor e me pesasse numa balança que estava lá em frente a sua sala e que anotasse o peso em um pequeno pedaço de papel, que me entregava enquanto me dava esse comando. Eu recém havia colocado minha bolsa e casaco em cima da poltrona ao lado e fiquei um pouco atrapalhada com essa instrução. Ao me levantar da poltrona, pude ouvir o barulho das minhas coisas caindo no chão, mas ignorei esse pequeno imprevisto pois ele parecia impaciente.

Saí da sala me perguntando se ele estava mesmo certo, pois não tinha visto nenhuma balança no corredor enquanto esperava ser chamada. Mas ali estava ela: uma balança digital, parecida com aquelas que ficam perto das entradas de farmácias e supermercados, que pessoas param por algum minuto na bagunça do cotidiano para verificar seu peso. Enquanto subia nela, tentava lembrar a

última vez que havia feito isso e não consegui precisar bem. Há muitos anos parei de me preocupar com o que balanças tinham a me dizer.

Anotei no papel e voltei pra sala: 96 kg. Quando abri a porta, ele estendeu a mão pra que eu entregasse a ele o papel com essa informação. Ele pega uma caneta que estava solta na mesa e questiona qual a minha altura, sem me encarar. Eu digo que não sei ao certo e ele me encara dizendo “Levante, por favor?”. Prontamente obedeci. Achei estranho porque ele permanecia sentado, olhando pra mim em silêncio. “Vamos supor que você tenha 1,50 m” e enquanto diz isso, faz uns cálculos no pedaço de papel que eu havia entregado. “Você está uns 30 kg a mais do que seria saudável para alguém da sua altura”, diz.

Confirmo com a cabeça em silêncio. Essa informação, até então, não me diz nada. Há muito tenho lido a respeito das imprecisões e insuficiência em diagnósticos que têm por base o Índice de Massa Corporal (IMC), que é basicamente uma média entre a altura e o peso corporal. Eu poderia ter dito isso, mas por algum motivo permaneci em silêncio. Ele questiona então se eu havia, em algum momento, pensado em fazer alguma coisa para perder peso, se sempre havia sido “obesa assim”. Essa pergunta me remete a situações de humilhação na escola por conta do meu corpo, ao sofrimento na infância por querer ir tomar sorvete com minhas primas, mas não podia exagerar pra não ficar “mais gorda ainda” e aquela vez que desmaiei na faculdade porque havia comido apenas maçã e alguns biscoitos de água e sal o dia inteiro porque estava muito preocupada em emagrecer para então parecer interessante ao mundo novo que se abria pra mim. Respondi que sim, que sempre fui gorda.

Ele respira fundo, levanta da cadeira e vem em minha direção. “Pode tirar o blusão, por favor?”. Nesse momento, lembrei da bolsa e do casaco caídos no chão, peguei-os de volta e tirei o blusão. Ele já estava em pé ao meu lado com todo o aparato do aparelho para aferir pressão arterial em mãos. Ele então coloca o aparelho que, por alguns segundos, aperta meu antebraço. Nesse momento, o médico esboça um sorriso e retorna até sua poltrona. “Você é hipertensa”, fala isso enquanto já preenche uma solicitação, que me entrega. “Você, vá lá pro primeiro andar e faça um eletrocardiograma, diga a elas que estarei aqui esperando o resultado”. A angústia daquela comunicação fraturada é substituída então por uma sensação de perigo iminente. Pergunto se está tudo bem e ele só responde, em tom quase sádico: “só saberemos quando eu avaliar o seu eletrocardiograma”. Saio da sala com o papel em mãos e sigo para o primeiro andar. Encontro uma pequena recepção cheia de velhinhos sentados

tranquilamente nas cadeiras de espera e uma pessoa me aborda perguntando se eu precisava de ajuda. Eu mostro a solicitação e digo que preciso fazer um eletrocardiograma, que o médico estava aguardando. Ela pede que a acompanhe para uma sala ao lado, onde duas técnicas estavam conversando sobre o capítulo da novela da noite anterior.

Eu sentia meu coração bater na garganta. Estava apavorada com a sensação de que algo grave poderia estar acontecendo naquele momento. O que parecia ser apenas um cuidado mais dedicado da ginecologista ao sugerir uma ida a um cardiologista começava a se parecer com um pesadelo de repente. As técnicas me recebem com simpatia e pedem que eu deite na maca para que eu possa ser examinada. Imediatamente começo a chorar compulsivamente. Uma delas segurou minha mão e disse “pode ficar calma, esse exame não dói”. Não sei o que ela imaginou que se passava na minha cabeça, mas de alguma forma me senti acolhida e respirei fundo na tentativa de me acalmar.

Em menos de 5 minutos, o exame estava nas minhas mãos. Dei uma olhada em vão tentando ver algum significado naqueles gráficos, mas nada parecia fazer sentido. Retornei ao consultório e o entreguei o laudo. Ele analisou cada linha em silêncio e eu tentava decifrar suas quase inexistentes expressões faciais. Pegou uma caneta e escreveu “NORMAL” em letras garrafais, incrivelmente legíveis se tratando da grafia de um médico.

Ele então começou a falar que a decisão de permanecer “obesa” era estritamente pessoal, que cada pessoa fazia o que quisesse. Mas que eu teria que ter em mente que, se algum dia eu quisesse ter uma vida normal, sem precisar tomar medicamentos para a pressão, eu teria que considerar emagrecer. Automaticamente se vira de costas, abre a gaveta de um armário e de lá tira quatro caixas de remédio. Enquanto me entrega as caixas de remédio, explica que eu devo tomar um comprimido por dia e que eu só iria parar de tomar essa medicação no momento que começasse a perder peso e, assim, a minha pressão arterial iria se aproximar da normalidade gradativamente.

Nesse momento, questiono se não deveríamos fazer outros exames, já que eu estava nervosa e isso poderia ter interferido no valor aferido. Ele riu e, em um tom mais elevado e com um sorriso irônico, diz que exames secundários só são pedidos quando se tem dúvidas, mas que, no meu caso, com certeza absoluta eu era uma pessoa hipertensa. Nesse momento, lembro que tenho um hemograma feito dias antes e que havia levado para mostrar durante a consulta. Enquanto ele falava dos riscos de ser uma pessoa obesa hipertensa, de que daqui há no máximo

IO anos eu já teria diabetes ou algum problema nas articulações por conta do peso, entreguei a ele os exames de sangue. Ele analisa em silêncio e vai fazendo rabiscos nos resultados de cada um, com círculos e setas.

Com expressão de surpresa, diz que, apesar de eu ser “obesa desse jeito”, meus exames estão excelentes. Disse que eu deveria considerar seriamente os conselhos dele se quisesse ter qualidade de vida futuramente. Falou que, de agora em diante, eu não deveria mais comer bolinhos, biscoitos e frituras, comprar mais frutas e verduras e evitar fumar. Que se eu pensasse “com carinho” sobre tudo isso minha vida, iria ser muito mais tranquila.

Consenti porque só queria que aquela consulta acabasse. Em nenhum momento, fui questionada sobre minha rotina, estilo de vida e escolhas. Eu era o tempo inteiro apenas um corpo gordo andando por aí correndo risco iminente e assim fui tratada do começo ao fim. A verdade sobre minha saúde estava no nível daquela única aferição de pressão arterial e no IMC calculado com uma altura “suposta” por ele. Essa cena se repete em muitas das conversas que tive durante a pesquisa e antes dela, nas trocas e discussões em espaços de militância. São inúmeros relatos sobre humilhações, exames sem necessidade, medicamentos e atendimentos de saúde resumidos ao peso corporal, mesmo quando esse não deveria ser o foco.

Esse relato poderia ser ficcional, mas infelizmente não é. É uma demonstração prática do que é sentido por quem, gorda como eu, busca acolhimento em espaços de saúde. É uma cena que mobiliza distintas materialidades: aparelhos de medição, exames, observações sobre a gordura corporal. Conseguimos perceber, até esse momento, que muito tem sido dito sobre nossos corpos, a partir de níveis que nos categorizam, políticas de saúde que têm o peso das populações como uma preocupação fim, enquanto na realidade poderiam se aprofundar em como resolver problemas que extrapolam os corpos individuais: como fome, desigualdade social e acesso a serviço de saúde básico por grande parte da população, especialmente em países em desenvolvimento. Fico me perguntando se, ainda que essas métricas digam alguma coisa a meu respeito, como seguir em frente na escrita e na proposta de pensar sobre como oferecer cuidado em saúde para corpos que estão igualmente condenados à morte a partir de medições e diagnósticos totalizantes? Essa cena me paralisou durante um tempo: pelo medo, pela violência, pelo quão profundo um julgamento moral sobre corpos como o meu podem alcançar. Além de ter me deparado com a pequenez que se coloca a um paciente diante do médico que detém o poder naquele cenário asséptico da

consulta, decaiu sobre mim também a força que precisa ser feita para ressignificar esse modelo de atenção e projetos de cura que catalogam, desumanizam e patologizam corpos gordos.

Com a ajuda de Haraway (2019), penso nesses diagnósticos enquanto frutos de tecnologias e discursos que se colocam como uma tentativa de imposição de significados travestidos de “verdade” acerca das interações sociais e, nesse caso específico, medições corporais. Meu corpo não é mais apenas onde habito o mundo, mas também seu significado está ali nos níveis que podem ser medidos por uma máquina que controla meus batimentos cardíacos. O que mais precisa ser dito por e sobre meu corpo do que já vem sendo descrito pelos detentores da verdade da medicina, com seus jalecos brancos e grandes olhos azuis que só conseguem focar nos números a meu respeito?

Haraway (2019) explica como a medicina está repleta de ficções e ciborgues, e que esses acoplamentos entre organismos e máquinas são cada vez mais frequentes e há muito tempo foram ultrapassadas as pretensas fronteiras entre natureza e cultura. Nesse sentido, é necessário refletir também com Mol (2002), que examina como os pesquisadores pensam acerca dos corpos e/ou processos de adoecimentos a partir da análise de como a medicina ocidental tem performado cuidados e tratamentos de saúde, atentando para a forma como tais discursos e práticas biomédicas interagem e moldam os objetos através das práticas.

De acordo com Mol (2002), corpos, pacientes, patologias, tecnologias se relacionam produzindo realidades múltiplas, não sendo possível apreender desses uma verdade fixa e única. A autora tenta demonstrar que seu objetivo não é chegar em uma verdade absoluta acerca das doenças, mas demonstrar, a partir das descrições de práticas cotidianas acompanhadas durante a pesquisa e o contato com as pessoas, procedimentos, diagnósticos, tecnologias etc., que a realidade é uma articulação performada por práticas semiótico-materiais e que, portanto, ela se multiplica nessas - e por essas - práticas. Para a autora, importa mesmo se perguntar: como ocorre a coordenação entre tais objetos? Ou mesmo, como diferentes objetos que recebem a mesma denominação conseguem ultrapassar tensões e contradições? E até mesmo, a partir de tensões, como diferentes versões do objeto podem ser dependentes uns dos outros?

Seguindo essas reflexões, vale questionar como garantir cuidado quando não se pode minimamente falar. Quando os sentidos e atenção de quem deveria cuidar estão completamente inacessíveis e plenos de que saber dos números, seja de peso, IMC, pressão arterial, níveis de colesterol, saturação etc. de uma estética ou qualquer valor aferível ou de conhecer aquele corpo em sua plenitude. Naqueles números e gráficos

estava escrito que eu não como carne vermelha e que gosto de dançar? Que minha ansiedade e a tal da “síndrome do jaleco branco” pode ter interferido na aferição de pressão arterial naquele momento de tensão e silenciamento? Essas e outras verdades sobre mim e meu corpo poderiam ter ajudado a pensar em alternativas e certamente teriam garantido uma outra forma de pensar em saúde e cuidados.

A gordura corporal é utilizada para justificar violências e situações humilhantes durante procedimentos que deveriam ser de cuidados em saúde, por parte de profissionais de diversas áreas. Tais situações vexatórias e violentas são caracterizadas como *gordofobia médica* e podem assumir diversas formas: desde indicações de cirurgias de redução estomacal em situações inadequadas, até negligência em atendimentos pelo fato de o profissional não atentar às demandas reais do paciente, que muitas vezes não dizem respeito a algo relacionado com seu peso. Em meados de 2018, no Brasil, a militante e comunicadora Flávia Durante criou nas redes sociais a *hashtag* #gordofobiamédica e, a partir dela, diversas pessoas, em sua maioria mulheres, fizeram denúncias graves acerca de violências sofridas em consultórios médicos.



Figura 40 Postagem de Flávia Durante: denuncia gordofobia médica sofrida por uma conhecida no momento do seu parto. De acordo com a postagem, a paciente teria ouvido de um médico o questionamento “tem anestesia pra rinoceronte?” durante o procedimento.

Dada a repercussão da postagem, Flávia Durante foi convidada para participar de uma matéria para a revista Cláudia, intitulada *Gordofobia Médica: como o preconceito na saúde afeta pacientes gordas*⁴⁸, realizada pela jornalista Carol Gomes. Nessa matéria, as duas conversam sobre a campanha e os relatos compartilhados. Flávia relata que foi compartilhado com ela mais de 80 relatos de mulheres gordas que vivenciaram algum tipo de violência dentro de consultórios médicos. Dentre os mais marcantes, temos acesso à denúncia de uma publicitária que dizia que *havia ido a um dermatologista para tirar uma pinta, e ele disse que removeria por questão de saúde, já que eu claramente não ligava para*

⁴⁸ Link da Matéria: <https://claudia.abril.com.br/saude/gordofobia-medica-como-o-preconceito-na-saude-afeta-pacientes-gordas/>

estética. Ainda falou para eu me cuidar, pois, pelo meu corpo, via-se que eu não era saudável (Revista Cláudia, 2019).

Casos similares de agressões sofridas por pessoas gordas em consultórios médicos estampam notícias de sites variados. Como no caso da reportagem de 07/11/2019, publicada pela jornalista Ana Bardella, na UOL, intitulada *Desse tamanho a agulha nem vai entrar: quando a gordofobia vem do médico*⁴⁹, acerca de uma entrevista com as modelos Fluvia Larcerda e Mayara Russi sobre situações de gordofobia médica que foram compartilhadas com elas. Destaco alguns relatos presentes na matéria:

"Foi traumatizante. Engravidei da minha segunda filha com 23 anos e na época estava pesando 160 kg. Foi uma das fases em que fiquei maior. Meu parto seria uma cesariana, então o médico marcou a consulta com o anestesista dois dias antes. Quando fui até o consultório, ele olhou na minha cara e disse: 'Desse tamanho a agulha não vai entrar'. Foi horrível. A minha sorte é que o obstetra que estava me acompanhando sabia de toda a minha luta, da minha causa, e disse que não queria mais aquele anestesista na sua equipe" (MAYARA RUSSI, em entrevista a UOL).

"Em 2003 tive pedra na vesícula e fui internada algumas vezes por causa da dor. Em uma das passagens por um hospital particular de João Pessoa (PB), passei por um gastroenterologista conhecido na cidade. Eu estava com 138 kg. Chegando lá, ele reclamou do meu excesso de peso diversas vezes. Ficou reforçando que eu precisaria realizar uma cirurgia bariátrica, porque era gorda e tinha sorte de não ser diabética e nem hipertensa. Minha mãe, que estava comigo, afirmou que naquele momento a prioridade seria resolver o meu problema de vesícula. Ele não concordou e disse: 'Fazer dois procedimentos cirúrgicos na sua filha seria como passar por cima de uma ponte podre a ponto de cair duas vezes.' Tive uma crise de ansiedade, comecei a chorar. Saindo de lá, operei com outro profissional e em uma semana estava em casa, feliz e sem dores" (CYBELLE GESTEIRA, analista administrativo, em entrevista a UOL)

Em outra matéria, publicada pelo site A Gazeta, em novembro de 2020, escrita por Rayane Sousa, intitulada *"Dia oficial da luta contra a gordofobia: 'sofri preconceito de uma médica'"*⁵⁰, também aparece.... Em uma publicação pensada para marcar o dia 10 de setembro, conhecido como o "Dia do Gordo", em formato de relato, a autora conta com detalhes a situação humilhante que viveu durante uma consulta médica. Dela destacamos:

Em 2016, aos 26 anos, havia agendado uma consulta ginecológica para resolver uma questão de ovário policístico, problema que atinge muitas mulheres, de diversas idades. Cheguei ao

⁴⁹ Link da Matéria: <https://www.uol.com.br/universa/noticias/redacao/2019/11/07/desse-tamanho-a-agulha-nem-vai-entrar-quando-a-gordofobia-vem-do-medico.htm>

⁵⁰ Link da Matéria: https://www.agazeta.com.br/colunas/rayne-souza/dia-oficial-da-luta-contra-a-gordofobia-sofri-preconceito-de-uma-medica-0920?utm_medium=redacao&utm_source=facebook&fbclid=IwAR0BPs-PcbL4zqOHgOWKBU2cy4JdWu9MxF3O37WbZ4oRW1zrQiVxX60Y0hl

consultório e fui atendida pela médica, que prontamente examinou os laudos e me passou o tratamento adequado, me deixando tranquila em relação à questão. Até que, minutos depois da explicação médica, ela me pediu que levantasse da cadeira e me dirigisse para frente do espelho. E nesse momento me disse “Rayane, você possui outro problema além do ciclo desregulado. Olha esse vestido, esse cabelo, aos 26 anos parece uma velha. Você tem namorado? Quando disse a ela que eu tinha alguns relacionamentos, mas que não praticava atividade sexual ela disse: “Mas claro, com esse corpo! Sua autoestima é baixa. Por isso você vai emagrecer e daqui a 6 meses irá arrumar um namorado” (A GAZETA, novembro de 2020)

As violências sofridas por pessoas gordas em espaços de saúde não se resumem a humilhações verbais. O fato de os espaços físicos serem pensados para corpos magros faz com que, em alguns casos, pessoas gordas não consigam sequer acesso a exames de imagem e procedimentos corriqueiros por causa do tamanho de seus corpos. Conforme denunciado pela matéria escrita por Dório Victor e publicada no G1, em 04/04/07, pessoas gordas precisavam se submeter a realizar exames de imagem em hospital veterinário, no Rio de Janeiro. De acordo com a publicação, que tinha como título *Obesos fazem exame médico em equipamentos para cavalos*⁵¹, no Rio de Janeiro, as pessoas que precisavam realizar o exame precisavam se deslocar até o Jockey Club Brasileiro, na Gávea, Zona Sul do Rio, em equipamentos usados para examinar cavalos.

Além da desumanização em submeter pessoas gordas a realizar exames em um hospital veterinário, a matéria denuncia a falta de preparo dos hospitais da rede pública em acolher pessoas consideradas obesas, como falta de macas, cadeiras de roda, vasos sanitários, equipamentos cirúrgicos e clínicos. No dia seguinte à publicação da matéria, a Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro publicou uma nota no mesmo site, afirmando ter fechado uma parceria com um hospital particular para a realização de exames de imagem, mas ainda com limitação de tamanho do paciente. De acordo com a matéria, a Secretaria afirmou ter firmado um convênio com hospitais na Barra da Tijuca, em São Cristóvão e em Copacabana, com equipamentos que comportariam pessoas de até 225 kg e 154 cm de diâmetro abdominal. Além disso, a nota também destacava as dificuldades encontradas para o tratamento de pessoas gordas, conforme segue:

“Internar um obeso implica responsabilidades. Se ele sentar em um vaso sanitário e quebrá-lo, pode ter um corte profundo. Já recebi, no Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia, um paciente que tinha entre 180 kg e 200 kg e que, com a maca, ultrapassava o limite de peso do elevador. Tivemos problemas para conseguir realizar os exames. Foi preciso deslocar uma balança de carga para pesá-lo”, contou Vera Leal, presidente da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia do Rio. (MATÉRIA G1, Abril de 2007)

⁵¹ Link da Matéria <http://g1.globo.com/Noticias/Rio/0,,MUL17711-5606,00-OBESOS+FAZEM+EXAME+MEDICO+EM+EQUIPAMENTOS+PARA+CAVALOS+NO+RIO.html>

Apenas em 02/01/2012, com a publicação de uma matéria, também no site do G1, divulgou-se que havia um hospital na rede pública que contava com um Tomógrafo Computadorizado que comportasse pessoas gordas. De acordo com a publicação, que traz como título *Tomógrafo computadorizado para obesos começa a funcionar no Rio*⁵², afirmou-se que o Hospital Carlos Chagas, no Rio de Janeiro, contava com o maior tomógrafo do tipo na rede pública. Diante de tantas situações de negligência e violações por parte de profissionais da saúde que deveriam oferecer cuidados, podemos nos perguntar como produzir saúde se os profissionais, ambientes clínicos, equipamentos de exames clínicos e cirúrgicos não estão aptos a garantir o mínimo acolhimento? Poderíamos pensar que o estabelecimento de determinadas questões clínicas se dá em função de um diagnóstico tardio em função da fuga dessas situações ou de um atendimento insuficiente informado pela gordofobia médica?

Inúmeras situações de humilhações, negligências e violências foram compartilhadas comigo pelas pessoas com quem conversei durante a pesquisa. Todo mundo possuía uma (ou mais) histórias para explicar, na prática, o cuidado em espaços que deveriam ajudar a produzir bem-estar. Importante dizer que discursos e práticas que desumanizam pacientes gordos também produzem espaços capazes de retirar autoridade sobre sua identidade enquanto profissional de saúde, caso ele também seja considerado com peso “em excesso”. É o que nos traz o médico psiquiatra Joel, um homem cisgênero branco, formado há menos de 10 anos e que relata se sentir diferente dos outros médicos por conta do seu peso. De acordo com ele

Como médico, eu comecei mestrado esse ano e precisei usar jaleco, voltar a frequentar hospital, porque no geral psiquiatra não usa jaleco, né. Eu fui numa loja de jaleco perto do hospital e não tinha. Eu provei até o maior e aí não fecha, a manga fica enorme, não tinha! Eu teria que mandar fazer com uma costureira assim. Essas experiências assim parecem que a gente não cabe no mundo, sabe? Na hora de sentar numa cadeira é apertado. No Hospital tem acessibilidade pra pacientes gordos, mas pra médico não. Não tem uma cadeira de escritório que caiba um corpo como o meu, que a gente fique confortável assim. Então muitas vezes eu tenho que usar o jaleco aberto e isso é... as pessoas cobram que não pode usar jaleco aberto mas nem passa pela cabeça deles que de repente não tem! Eu vou ter que ir numa alfaiataria, não sei, porque é muito mais difícil achar roupa, isso que eu sou uma pessoa com muito acesso e privilégios financeiros. Mas não tem, é um uniforme de trabalho, não é nem uma

⁵² Link da matéria: <http://g1.globo.com/Noticias/Rio/0,,MUL18130-5606,00-GOVERNO+DO+RIO+PROMETE+ATENDER+OBESOS+EM+HOSPITAIS+PARTICULARES.html>

questão, 'ah, eu quero usar uma jaqueta de couro', não, não tem. E a gente fica deslocado. (JOEL, médico psiquiatra).

Quando se é um profissional de saúde, em especial um médico gordo, o local ocupado entre médico e paciente, de acordo com o relato de Joel, se confunde. Como ele mesmo relata

“Na residência a gente atendia os pacientes candidatos a cirurgia bariátrica. Isso era quase uma confrontação comigo mesmo pra mim, sabe? Era tipo, eles tão ali, mas poderia ser eu, por que eu não tô ali? Fica pairando essa dúvida o tempo todo, eles tão, eu não tô mas eu deveria estar, Isso é uma coisa que mexeu comigo bastante, porque eu sentia assim, bom a gordofobia na medicina é uma coisa assim inacreditável, mas o quanto isso também foi construído dentro de mim durante a faculdade e depois aplicado a mim, sabe. Eu fazia isso, eu era gordofóbico quando eu não estava nessa posição e de repente eu estando nessa posição o quanto que meu olhar sobre mim mesmo é muito crítico, é muito patologizante, é muito difícil. E o jeito que meus preceptores tratavam os pacientes, botavam empecilhos e falavam eu sentia como se tivessem falando de mim também. A gente aprende a faculdade inteira que ser gordo é doença, comorbidade, causa inflamação sistêmica, assim ‘tá com dor no joelho? Ah mas claro, é gorda!’ e tu vai aprendendo com isso, observando os outros médicos, e tu vai internalizando essa cultura de ‘ah, ta hipertenso é porque é gordo’, ‘não tem o que fazer, gordo não emagrece’. E agora que eu sou gordo, estou gordo, estou com 130 kg, tenho dificuldade de emagrecer, tem aparecido problemas e eu tenho percebido o quanto eu me sinto sozinho nessa posição e eu não posso contar com nenhum profissional, porque eu sei o que eles pensam, eu vi por trás das câmeras como é que funciona e eu me sinto meio intimidado por isso (JOEL, médico psiquiatra).

Há também situações em que o profissional de saúde, uma pessoa gorda, tem sua própria atuação profissional questionada, quando deparado com alguma demanda do paciente em relação ao corpo. Foi o caso do também psiquiatra Iuri, que relata:

Tem situações com pacientes que me constroem! Tem algo também de quando as pessoas falam, quando o paciente fala que ganhou 10, 15 kg, me constroem! Parece que eu fico assim pensando que será que ela ta preocupada porque eu sou gordo e ela ta falando isso pra mim? Se eu fosse magro ela iria falar isso pra mim? Alguma coisa nesse sentido que não faz o menor sentido. Me afeta nesse sentido, porque volta naquela coisa de que engordar é a pior coisa que pode acontecer com uma pessoa. As pessoas têm muito isso, é fato, sentem isso claramente. E isso fica claro de forma caricata em pessoas que tem câncer, emagrecem e os outros ficam parabenizando pelo emagrecimento (IURI, Médico).

Um paradoxo surge nesses contextos de violações e negligências em espaços de saúde: se corpos gordos são patológicos, por si só, como podem buscar cura, se os próprios espaços de cuidado são também causadores de adoecimentos, não possuem minimamente maquinário de exames, profissionais habituados a lidar com corpos de diferentes formas e tamanhos, espaços suficientes em salas de espera, aparelhos de aferição de tamanhos diversos? De acordo com a enfermeira Tassia, o cotidiano dentro de um hospital é permeado por situações de gordofobia e comentários desconfortáveis.

Era um paciente que era da bariátrica, no pós-operatório e tinha que levar ele pra fazer um exame e tinha que ir de elevador. E daí alguém lembrou ‘tá, mas e o elevador vai aguentar o peso da pessoa?’ E eu fiquei ‘ai gente, pelo amor de deus, sério que vocês estão pensando isso agora? E todo mundo ficou assim, se perguntando se essa dúvida fazia sentido, foram lá e viram o limite de peso do elevador. E eu fiquei pensando que era impossível que um paciente mais um técnico fosse capaz de causar dano num elevador de um hospital! Eu trabalhei também com um médico que todas as pacientes não gostavam, não se sentiam bem com ele, porque pra ele qualquer tipo de doença era por causa da gordura. E as mulheres imploravam pra mim, pra não passar pro doutor Fulano, porque ele vai dizer que eu tô com essa tosse, que eu tô assim, assado, porque eu tô gorda. Eu via isso muito forte, presenciei isso, principalmente com as mulheres. Ele não dava medicação pra queixa daquela mulher mas falava ‘ah, tu tem que caminhar não sei quantos kms por dia. Então assim, ninguém falava nada, por ser médico também tem aquela coisa. Eu já vi assim, deboche, os próprios acadêmicos de medicina... Mas assim, são coisas sutis, sabe? Como eu posso dizer, só quem vive aquilo que se dá conta. (TASSIA, Enfermeira)

Um outro comentário sobre a recorrência, nesses espaços, de comentários e posições de julgamento e violência direcionados a corpos gordos é trazido, também, pelo médico psiquiátrico Iuri. De acordo com ele:

Na residência os colegas me diziam pra eu não engordar de novo porque tinha nada pior do que operar uma pessoa gorda. E eu falei assim ‘ah tá, porque, com certeza quando a pessoa engorda ou emagrece ela vai estar preocupada com o que o cirurgião vai pensar quando tiver que operar ela’. Mas tenho que conviver com muitos comentários desse tipo, que nunca necessariamente são direcionados a mim, porque eu sou um gordo considerado pequeno. Mas comentários são muito constantes. Claro que cada área tem a sua, nas áreas clínicas o comentário gira muito mais em torno de ‘mas a pessoa esperava o que?’, porque se tu tá gordo tu tá em risco pra todas as doenças possíveis e impossíveis do mundo, assim de alguma forma a pessoa é culpada por aquilo que acometeu ela naquele momento,

seja qual for o quadro. Na psiquiatria é sempre visto muito como sintoma. E aí se fica nessa discussão do sintoma, do tipo 'ah eu já tentei tratar obesos, mas nunca consegui'. Agora, isso bem diretamente ao atendimento, por exemplo, dedica menos tempo a consulta, faz uma prescrição menos atenta, coisas desse tipo. Porque é uma justificativa fácil, tu não precisa pensar muito sobre ela. (IURI, Médico)

Nesse espaço não cabem corpos grandes, mas sim muita negligência. Segue depoimento trazido por Lis, uma jornalista, que além de não ter tido sua queixa levada em consideração, poderia ter sofrido consequências graves em função de uma falta de atenção e cuidado do médico que a atendeu. Segundo ela:

Eu tenho histórico na minha família de problemas no coração. Minha mãe tem problema de coração, meu pai faleceu de infarto, então eu tenho que cuidar bem dessas questões, porque é por parte de mãe e por parte de pai. Então eu tô sempre cuidando, quando sinto alguma coisa vou sempre ver o que é, investigar. E aí eu fui fazer um check up porque eu estava tendo muitas quedas de pressão, eu ficava muito ruim no verão, detestava, quando começava a chegar ali outubro já entrava em desespero. E aí eu tinha muita queda de pressão, mãos e pés gelados e do nada eu tinha um apagão. Fui num médico, num clínico, fiz um eletro e aí lá apareceu uma alteração, mas era sei lá, uma semi batida entre as batidas. O médico achou estranho e falou que como eu tinha histórico, vou pedir pra ti procurar um especialista cardiologista pra ti ver se tem alguma coisa. E aí eu fui no cardiologista, já fiz anteriormente uma bateria de exames de sangue, aqueles todos de rotina mesmo, aproveitei e fiz tudo e levei todos, além do eletro. Eu entrei e ele já me olhou de cima a baixo e eu já fiquei super constrangida, e eu sentei na cadeira e ele fez uma cara tipo 'aff...' sabe? Sem vontade de me atender. E ele perguntou porque eu tinha ido, eu contei das quedas de pressão, etc. e que a minha médica resolveu pedir a opinião de um especialista. E ele me olhou e disse 'ah é? O eletro não é nada a princípio, mas assim deve ser provavelmente por causa do peso, mas assim, ele nem sabia meu peso, ele só me olhou! E aí ele disse 'inclusive teu colesterol deve estar ruim, glicose alta, eu vou te pedir uns exames clínicos. E eu falei 'não doutor, eu já fiz os exames' e aí eu mostrei pra ele. E aí ele olhou, nos exames não tinha nada que tivesse fora, e aí ele parou, pensou um momento e eu percebi que ele não sabia o que falar, porque ele disse que estaria tudo fora e os exames estavam todos dentro do normal, e aí ele disse que então, nesse caso, provavelmente era ansiedade. E eu perguntei então o que eu fazia, até porque eu fui lá porque iria começar a academia na outra semana, queria ver se tava tudo bem com o coração e tudo. Mas ele reafirmou que era tudo por causa do peso, disse 'resolve isso que tudo se arruma'. E eu perguntei se eu tinha que procurar psiquiatra e ele disse que não. Falou que ia me dar um remédio pra estabilizar minha pressão. E aí eu achei muito estranho, ele me passou a receita e assim, até onde eu sei existe remédio pra pressão alta, não pra pressão baixa, que era meu caso. Eu não sei tá,

sinceramente. E aí eu fui ver, antes de comprar o remédio, que ele tinha me dado um pra pressão alta! Então assim, eu tava com histórico de pressão baixa, ia tomar remédio pra pressão alta, me arriscando mais ainda. Daí eu não tomei, né! Fui procurar uma segunda opinião (LIS, Jornalista).

Ainda nesse contexto, além de ter passado, como todos os relatos compartilhados até aqui, por inúmeros procedimentos, tratamentos, dietas com fins de emagrecimento, Iuri foi também vítima de omissões e constrangimentos por profissionais de saúde, especialmente médicos e nutricionistas. Compartilho aqui o momento que mais o marcou:

Eu tenho uma coisa chamada Síndrome Compartimental Crônica. Na verdade, a face que está em volta do meu músculo é pequena, e aí quando eu faço exercício o músculo incha, e ela aperta o músculo. E isso causa dor e vai dificultando o fazer exercício. E eu tenho isso desde 2012, ou antes. E chegou num diagnóstico, eu poderia fazer cirurgia, mas não precisa necessariamente. Mas o fato é que eu só fui diagnosticado no ano passado. Nesses últimos dez anos antes do diagnóstico eu ia em médicos que falavam que eu sentia dor na perna porque eu era gordo e que eu tinha que perder peso. E eu falava que eu tava tentando fazer exercício pra perder peso e minha perna doía! E a resposta sempre era “então segue fazendo exercício”. E isso foi nos últimos dez anos, os mais diversos profissionais e a resposta sempre foi essa. E eu ficava sem entender! E até que eu descobri esse diagnóstico aleatoriamente, porque um colega nosso tinha isso, eu e meu esposo o vimos falando isso no grupo da faculdade, eu achei curioso o nome, fui procurar e entendi que era exatamente o que eu tinha. E aí eu fui atrás de um médico do esporte, foi até uma pessoa de outro estado, que a minha irmã, que é maratonista, conhecia. E eu fui atrás porque parece que eu precisava dessa validação dele pra saber que era isso mesmo que eu tinha. Porque assim, é uma dor bem intensa. E eu fazia coisas, tipo eu ia nesses treinos funcionais, começava a doer e eu pensava que eu tinha que seguir fazendo pra ver se para de doer. E eu seguia, pensava que tava doendo porque eu era sedentário, e eu só parava quando a dor era completamente insuportável, parecia que a minha perna ia quebrar no meio. Foram muitos anos na vida que eu não sabia exatamente o que fazer. Hoje eu sei que se eu tô caminhando e começa a doer, eu posso parar por alguns minutos que passa. Eu sei que no momento que eu sentir dor não é pra seguir com o que eu tiver fazendo, eu tenho que parar, porque a tendência é só piorar. Hoje eu sei o exercício que eu posso fazer, convivo com a dor mas é outra forma de lidar com isso”. (IURI, médico)

Conforme pode ser observado, muitos relatos que foram comigo compartilhados durante as entrevistas falam especificamente desses cuidados de saúde feitos de maneira precária ou mesmo dificultada, apenas por se tratar de um paciente não magro. Como no caso de Iuri, que passou aproximadamente 10 anos à procura de uma

explicação em forma de diagnóstico para um problema em uma das pernas que não estivesse relacionada com o seu peso corporal. Na narração acima, Iuri percorreu os mais diferentes médicos e especialistas que diziam que as dores que sentia eram em decorrência do seu peso. Então ele investia em mais ciclos de atividades físicas, mas quanto mais ele fazia exercícios físicos e mesmo perdendo peso, as dores não cessavam. Demorou até que ele fosse finalmente diagnosticado com Síndrome Compartimental Crônica, uma doença que faz com que as dores sejam mais intensas em decorrência de atividades físicas, sendo comum por exemplo em atletas. Ou seja, sua condição era gradativamente piorada com a sugestão de atividade físicas como corrida e musculação, mas a gordofobia dos profissionais com quem teve contato os impedia de ver sua demanda para além de um corpo gordo que necessitava de emagrecimento.

Nesse mesmo sentido, um acolhimento que só impõe a perda de peso e não consegue enxergar nada além disso, nem mesmo em casos habituais em emergências médicas, pode produzir uma série de riscos aumentados. A psicóloga Lara relata uma situação que viveu quando procurou uma unidade de pronto atendimento de sua cidade:

Eu sou alérgica a camarão e frutos do mar. Quando vou em restaurante normalmente eu aviso pra que separem o óleo e tudo e tal. Mas dessa vez eu não avisei e comi alguma coisa que me deu muita dor de estômago, náusea, aquela clássica intoxicação alimentar. E eu fui pro hospital passando muito mal, eu não conseguia parar de passar mal, tanto que meu marido ficou com a senha porque eu ficava indo pro banheiro, com o balde e indo no banheiro, porque eu não conseguia! Estava muito mal. E eu estava com muita dor no estômago, de tanto passar mal. E aí o médico perguntou né, e aí eu falei que a gente tinha ido viajar, que eu comi fora e tudo mais, e aí ele falou assim 'olha, eu não sei não, mas deve ser porque você tá muito acima do peso. Você tem que fazer alguma coisa por você. E tem que ver também se não é pancreatite! Faz quanto tempo que você não faz ultrassom?' E eu morrendo falei 'um mês', e ele ficou questionando 'e não deu pancreatite? Gordura no fígado? Tem que tomar bastante cuidado'. E eu falei 'moço, pelo amor de deus, eu tô morrendo de dor, me dá um dramin, um buscopan na veia, porque foi pra isso que eu vim'. No fim ele me passou a medicação e disse que estava achando que era intoxicação alimentar mesmo... Eu tomei a medicação, mas fiquei muito brava, porque óbvio que era intoxicação alimentar! E ele perdeu uns 15 minutos me dando sermão por causa do meu peso (LARA, psicóloga).

Casos como esse são tão comuns quanto chocantes. Por que um corpo gordo é sempre um corpo que demanda unicamente o emagrecimento em espaços e discursos de cuidado em saúde? Tal compreensão vem antes de qualquer tipo de olhar mais

profundo ou atento ao que realmente está sendo solicitado no momento do atendimento.

“Esse conflito, se é saúde ou doença, é passado assim como natural. Como já é sabido, como é comum saber, pelos professores, colegas da medicina, e é sempre mais difícil. Porque assim, o gordo é mais difícil de entubar, quando tu vais cortar, numa cirurgia, tu não consegues ver, porque a gordura se sobrepõe, operar alguém que é bem magrinho é muito mais fácil porque é uma camadinha de pele, tu só corta, já abre e já vê ali. O gordo tem as dobras e a gordura toda, isso sangra, isso tem que cortar, pegar acesso na enfermagem é muito mais difícil de pegar porque as veias estão mais escondidas, então as enfermeiras reclamam, tu sentes que elas não gostam... Então assim, é tudo mais difícil quando é pra gente se cuidar, e a gente percebe isso, percebe quando o profissional tá de saco cheio porque é difícil de achar uma veia pra fazer exame de sangue. Eles têm treinamento pra isso. De fato, é real, entubar uma pessoa gorda é mais difícil. Tem gordura, isso pesa e esconde ali a glote, é mais difícil. É verdade. Mas isso não quer dizer que tu devas deixar teus preconceitos atravessarem e te deixar transparecer ali na hora de atender aquela pessoa. Eu já vi várias coisas, de por exemplo o médico dizer que o paciente tem que emagrecer pra fazer uma cirurgia de vesícula e a pessoa com dor, mas ela tem que perder peso! Às vezes a balança do posto só vai até 160, 140 kg, então será que a gente tá preparado pra atender todo mundo? A pessoa não tem lugar pra sentar! As cadeiras que são oferecidas são muito apertadas, ficam te machucando. Imagina isso, tu não tem lugar pra sentar!” (JOEL, médico).

Um caso chocante de negligência a uma pessoa gorda ganhou notoriedade na mídia já nos primeiros dias do ano de 2023. Um jovem de 25 anos de idade, chamado Vitor, teve atendimento negado em dois hospitais por conta do seu peso e acabou falecendo dentro da ambulância, no estacionamento do Hospital Geral de Taipas, na Zona Norte de São Paulo. A mãe do jovem aparece em desespero em um vídeo gravado por familiares, clamando que seu filho fosse retirado da ambulância e atendido pela equipe. Em matéria divulgada pelo G1 em 05/01/2023⁵³, a família relata que Vitor pesava 190 kg e necessitava de uma maca especial.

O jovem ficou na ambulância por quase 8 horas e sofreu três paradas cardíacas. Em depoimento, a mãe do jovem diz *“Foi negligenciado, meu filho foi. Meu filho não tem o direito de ter uma maca, meu filho ficou em um assoalho, isso eu nunca vou esquecer. Meu filho morreu em cima de um assoalho, ele não teve direito de morrer em cima de um colchão.”* (G1, 05/01/20,23). O

⁵³ Link da matéria completa: <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>

caso de Vitor gerou grande comoção nas redes sociais, culminando em uma caminhada em homenagem ao jovem e pedindo por mais responsabilidade e acolhimento em espaços de cuidados em saúde para pessoas gordas. Como se não fosse o suficiente, a família de Vitor ainda passaria por mais uma situação de violência após a morte do familiar. De acordo com a mãe do jovem, Andreia, e conforme divulgado em matéria do Portal Terra⁵⁴, a família foi vítima de fraude na compra do caixão usado para velar e enterrar seu filho. Em vídeo, a mãe denuncia ter pago R\$ 7 mil reais pelo caixão maior, mas que o mesmo foi preenchido com lixo como serragens, sacolas e papelão para que o corpo do jovem fosse colocado em cima. Em um vídeo amplamente divulgado, a mãe diz *Mais uma vez, gordofobia. Isso é grave. Meu filho estava em cima do lixo*”.

A história trágica de Vitor e sua mãe nos traz de volta ao proposto por Butler (2018) sobre precariedade e quais vidas são passíveis de luto. Conforme trazido pela filósofa, determinadas normas e condições determinam as vidas (e mortes) que importam. E mais do que isso, a precariedade dos corpos e vidas é determinada por questões relacionadas com disputas sociais, políticas e econômicas. Estar em condição de precariedade, de acordo com Butler (2018), é estar em *“condição politicamente induzida na qual certas populações sofrem com redes sociais e econômicas de apoio deficiente e ficam expostas de forma diferenciada às violações, à violência e à morte”* (Butler, 2018, p. 46).

A partir de Butler (2016) entendo que considerar qual vida é válida e qual morte é sofrível evidencia jogos de poder que não são fixos e estão em constante deslocamento. Determinadas vidas são responsabilizadas, violentadas, punidas, por serem quem são. Vitor e seus familiares, do caso supracitado, lutou bravamente para que sua vida fosse levada em conta, mas morreu dentro de uma ambulância, sem receber um atendimento digno e mais do que isso, teve seu próprio luto negado no momento que aquela vida não pôde ser reconhecida como passível de luto, mesmo diante do esforço familiar em conseguir financiamento para pagar por um enterro digno. No fim, foi mais um corpo gordo, preto e pobre que não pôde ser enterrado com dignidade.

3.6 Políticas de Finamento: políticas artesanais de produção de magreza

De maneira geral, chamo essas políticas de combate à chamada obesidade que tem como objetivo final a destruição de corpos gordos de *Políticas de Finamento*. Na medida em que elas têm como objetivo a perda de pesos e medidas irrestritamente, o

⁵⁴ Link para matéria completa: <https://www.terra.com.br/nos/mae-de-jovem-que-morreu-por-falta-de-maca-para-obesos-se-revolta-com-lixo-em-caixao-do-filho,0fb6a9a97304a28b1ac535224a23e1a5flrxojhy.html>

resultado é uma aposta na impossibilidade de uma existência plena e saudável de vidas gordas. A busca por um corpo que esteja dentro das normas e índices esperados faz com que a linha entre cuidado e adoecimento seja muito tênue. Surgem, assim, questionamentos: como são vividos, na prática, as aplicações de tais políticas de saúde? O quanto de vida é produzida nesses procedimentos de produção artesanal de corpos ditos sadios?

A proposição dessas *Políticas de Finamento* como uma teorização alternativa para pensarmos esse conjunto de políticas com fins de emagrecimento se apoia também no que Foucault (2013) nos traz acerca de corpo e poder. De acordo com o autor, os sujeitos tomam consciência do seu próprio corpo a partir de investimentos do poder através da ginástica, exercícios, exaltação da beleza corporal. Sobre isso, Paixão e Stengel (2020) afirmam que *o investimento do poder sobre a materialidade do corpo se evidencia também nas produções discursivas acerca do corpo sadio* (p. 289). Ou seja, acerca de corpos gordos recai o julgamento moral e a responsabilização em se produzir saúde como imperativo de emagrecimento, para a adequação ao que é considerado “norma”, “saudável”, “belo”.

Nesse processo, corpos considerados obesos são subjugados e responsabilizados pelo fato de suas corporalidades serem consideradas doentes. A produção discursiva do que é considerado um corpo sadio traz, em si, um oposto que precisa ser controlado e corrigido. Assim, a atenção dada a corpos gordos em periódicos médicos, grandes mídias, surge a partir do que Foucault fala acerca da exploração política e econômica que permeia todos os campos da vida (PAIXÃO e STENGEL, 2020).

A chamada obesidade, de acordo com o discurso médico, está relacionada com uma série de adoecimentos e condições crônicas. Porém, pouco tem sido discutido sobre a complexidade econômica e social que também faz parte dessas questões. Ao falar, aqui, sobre *Políticas de Finamento*, penso ser essencial destacar o trazido por Paixão e Stengel (2020) sobre a necessidade de se pensar melhores condições de trabalho, segurança pública, divisão habitacional nas cidades, sistema de transporte público, acesso a alimentos frescos e orgânicos, que também se relacionam diretamente a uma produção de vulnerabilidades e adoecimentos de uma parcela específica da população. Ou seja, em termos Foucaultianos, *a relatividade da gestão biopolítica que bem seleciona seus critérios de cuidado com a saúde da população. Como “fazer viver” e “deixar morrer” grupos específicos?* (PAIXÃO e STENGEL, 2020, p. 291). Focar em políticas que preconizam marcadores de pesos e medidas de corpos com aplicação de práticas individualizantes é, também, relegar que certos grupos (e corpos) não devem sobreviver.

Ou seja, as *Políticas de Finamento* podem ser definidas como proposições institucionalizadas (através de políticas públicas, discursos moralizantes,

desenvolvimento e comercialização de procedimentos, medicações, dietas, e toda sorte de ferramentas de “emagrecimento de corpos”) a partir da definição de que alguns corpos podem sobreviver em detrimento de outros, tendo como direcionamento a perda de pesos e medidas como única possibilidade de garantia de saúde de uma população.

Tal conceituação também está relacionada com a discussão de Judith Butler (2018) sobre a necessidade de construção de uma nova ontologia corporal. Ou seja, de acordo com Butler, o corpo é um fenômeno social: *está exposto aos outros, é vulnerável por definição. Sua mera sobrevivência depende de condições e instituições sociais, o que significa que, para “ser” no sentido de “sobreviver”, o corpo tem de contar com o que está fora dele* (BUTLER, 2018, p. 57-58). Nesse sentido, de acordo com a filósofa, o “ser” do corpo está à mercê dos outros e às normas impostas por discursos, organizações sociais e políticas que colocam alguns em um estado de maior precariedade que outros. Mais que isso, *ser um corpo é estar exposto a uma modelagem e a uma forma social, e isso é o que faz da ontologia do corpo uma ontologia social* (BUTLER, 2018, p.15-16).

Nessas políticas que preconizam um “combate à obesidade”, cria-se um cenário de guerra contra as pessoas, que são alvo, por conta desse discurso, de discriminações, julgamentos morais e perseguições. Tais discursos remetem ao que Butler (2018) discute acerca de como determinados corpos e vidas são compreendidos como ameaça, ou seja, *quando uma população parece constituir uma ameaça direta à minha vida, seus integrantes não aparecem como “vidas”, mas como uma ameaça à vida* (BUTLER, 2018, p. 69). Corpos gordos representam um risco à saúde pública, gastos em tratamentos de saúde, irresponsabilidade, pobreza, dentre outros inimigos públicos que precisam ser controlados. Nesse contexto, Paim e Kovalski (2020) pensam a gordura corporal como imaginada como algo apocalíptico, na medida em que tais campanhas de “combate” são associadas àquelas de perseguição e extermínio, combate as drogas, prostituição infantil, corrupção, dentre outros.

Políticas de Fimamento trazem à tona, nesse sentido, a precariedade dos corpos, pois estamos todos expostos à violência e morte. Corpos gordos são vistos como corpos que precisam de correção e, num extremo, são corporalidades que precisam ser “afinaladas” para que possam caber em uma sociedade lipofóbica como a nossa. De acordo com Teixeira et al. (2011), *uma cultura que se apoia num regime de verdade caracterizado por estratégias de problematização desenvolvidas por sujeitos cujos pensamentos revelam temores em relação à improdutividade, à feiura e à doença* (p. 599) mostra como corpos gordos são percebidos. São eles (nós) os Outros – lentos, pesados, grandes, doentes demais para sobreviver. Corpos magros, num oposto, são os saudáveis, cheios de vitalidade, belos e prontos para usufruir das benesses de se viver dentro da normalidade corporal imposta.

Reconhecer a chamada *precariedade compartilhada* (BUTLER, 2018) seria o primeiro passo para produzir compromissos de igualdade de acessos a necessidades básicas a todos, como alimento, abrigo e condições de vida dignas a todos.

Judith Butler tem tratado mais diretamente acerca do conceito de precariedade em suas obras mais recentes, especialmente em *Quadros de Guerra* (2018) e *Vidas Precárias* (2019), mas há uma diferença entre tais conceituações. Em *Vidas Precárias* (2019), a autora fala especificamente da maneira como Os Estados utilizam da violência para proteger a si, não deixando brechas para o reconhecimento das vidas de outras nações que representam risco, não cabendo a essas outras populações o direito de terem seus lutos reconhecidos. Em *Quadros de Guerra* (2018), o conceito ganha um formato mais generalista, sendo relacionado diretamente à relação das pessoas com outras, do momento do nascimento até a morte. É com esse conceito de necessidade de suporte entre humanos que estamos pensando as *Políticas de Finamento*, na medida em que reconhecer a precariedade intrínseca ao estar vivo é não colocar determinados corpos em risco pelo ímpeto de produzir marcadores do que pode ser considerado corpos que deram certo, que são belos, saudáveis. Ou seja, concordamos com Neto e Negreiros (2022) quando afirmam que, nas teorizações de Butler

é possível perceber que a precariedade é entendida como uma condição generalíssima da vida humana, dado ao fato dela estar presente desde o momento do nascimento até o momento da morte. Esse aspecto ontológico, todavia, implica constantemente numa rede social de ajuda, o que implica, por sua vez num reconhecimento das condições econômicas e sociais que englobam a vida (NETO e NEGREIROS, 2022, p. 616).

Assim, de acordo com Demitri (2018), a precariedade na obra de Butler (2018) diz respeito à condição compartilhada da vida humana, valorizando a relacionalidade entre corpos. Na visão do autor, “longe de ser uma unidade discreta, o corpo é precário no sentido que ele sempre será fundamentalmente dependente dos outros” (DEMITRI, 2018b, p. 184).

Nesse sentido, pensamos tais políticas e discursos acerca da necessidade de emagrecimento para além das consequências da biopolítica (FOUCAULT, 1999), que através de agenciamentos de discursos de poder, o “fazer viver e deixar morrer” é extrapolado. Nas aqui agenciadas *Políticas de Finamento*, formuladas para pessoas consideradas obesas, configura-se um cuidado acerca da vida, que desconsidera riscos iminentes (que podem custar a vida de quem se submete) e problemáticas profundas em sociedades ocidentais, como escassez de acesso a alimentação, serviços de saúde inacessíveis para grande parte da população, racismo, dentre outros. Reconhecer a

precariedade desses modelos de cuidado, a partir do que Butler (2018) oferece, seria uma importante prática, na medida em que nas suas próprias palavras *então não há vida sem necessidade de abrigo e alimento, não há vida sem dependência de “redes mais amplas de sociabilidade e trabalho, não há vida que transcenda a possibilidade de sofrer maus-tratos e a mortalidade”*. (BUTLER, 2018, p. 45)

A partir de descrições de procedimentos, situações de violências, negligências médicas, constrangimentos em espaços de saúde, dentre outros momentos compartilhados comigo por meio de entrevistas e sentidos por mim mesma, questiono se estamos de fato produzindo saúde nesses espaços clínicos. Ao compreender que tais políticas e discursos que trazem a necessidade de emagrecimento vão além das consequências do que Foucault (1999) conceituou como biopolítica, na qual o "fazer viver e deixar morrer" ultrapassa o que se entende por discursos de poder e controle dos corpos impostos pelo Estado. Aqui, a proposição do conceito de Políticas de Finamento extrapola a percepção de um cuidado e controle acerca da vida e de corpos intimamente relacionado com um controle de pesos e medidas que individualiza, responsabiliza e culpabiliza os indivíduos gordos, e vai além, por acreditar que esses discursos desconsideram outras questões que agem diretamente para o adoecimento da população como fome, falta de saneamento básico, racismo, serviços de saúde inacessíveis, dentre outros. Assim, não pressupõem meramente padrões estéticos ou normas corporais, mas de políticas nas quais o emagrecimento aparece como um horizonte objetivo de uma regulação política que prevê uma distribuição desigual de recursos e acesso à saúde a partir de preconceitos, estigmas, sofrimentos, violências em diversos níveis. Dito de outra forma, é necessário o reconhecimento da precariedade como a ilustrada por Butler (2018), na qual propõe que não existe a possibilidade de sobrevivência sem condições mínimas como abrigo, alimentação, redes de solidariedade e afins.

Imagino que não deva ter sido fácil ler todas essas situações aqui descritas. Este capítulo foi, com certeza, uma das escritas mais difíceis que fiz até o momento. Tanto por reconhecer enquanto violento que pessoas, no intuito de buscarem ajuda e acolhimento, são responsabilizadas, julgadas e tem suas demandas completamente negligenciadas. Tal negação de cuidado algumas vezes culminam em morte, como no caso de Vitor aqui citado e tantos outros. Todavia, há de se destacar que ser uma mulher gorda e ter passado eu mesma por situações que têm por base o mesmo tipo de julgamento por conta do meu corpo gordo torna a tessitura dessas linhas uma missão um tanto dolorosa, porém necessária.

Entrar em contato com tais diálogos coloca em evidência a necessidade de se pensar criticamente acerca de políticas de cuidado que se baseiam exclusivamente no emagrecimento como única possibilidade de obtenção de bem-estar e saúde, que é o que está sendo chamada, neste trabalho, de *Políticas de Finamento*. Ou seja, essas políticas que podem ser descritas como propostas institucionalizadas por meio de políticas públicas, venda de medicamentos, realização de procedimentos cirúrgicos, discursos moralizantes, dentre outras possibilidades com foco no emagrecimento, pressupondo que alguns corpos devem se destacar e ser valorizados em detrimento de outros. Tais políticas funcionam como prática artesanal de produção de magreza que desconsideram riscos iminentes (que podem custar a vida de quem se submete) em busca da perda de pesos e medidas. A partir de denúncias como as que apresentei no presente capítulo, dessas e de tantas outras situações de violências e negligências vividas por pessoas gordas, como eu mesma, em contextos de saúde, entendo como latente a necessidade de se propor novas estratégias de cuidado e atenção a pessoas que são consideradas obesas pelo discurso biomédico.

As experiências que vivi, que ouvi e que aparecem abundantemente em matérias midiáticas e redes sociais confirmam a necessidade de reescrever histórias mal-escritas sobre corpos gordos, que culminam em cuidados paradoxais, cheios de controvérsias, que produzem muitas coisas ao mesmo tempo. Determinados procedimentos podem ter algum efeito do que é considerado um corpo saudável, porém operam também dores, silenciamentos e mesmo riscos a essa mesma saúde que se busca proteger e produzir. Podemos pensar, assim, acerca de ficções produzidas sobre esses corpos e diagnósticos a eles relacionados, com base no conceito de objeto dobrável proposto por Amade M'Chrek (2013;2014), a partir do questionamento acerca da aplicabilidade de procedimentos, dietas, cirurgias para a perda de pesos e medidas como única possibilidade de garantia de saúde e bem-estar para essas pessoas.

Conforme visto, muitas pessoas consideradas obesas pelo sistema médico são tolhidas da possibilidade de usufruir do direito de acesso pleno a cuidados em saúde, garantidos em lei. Os relatos de gordofobia médica, além de serem graves por revelarem situações de desumanização e violências, também indicam o quanto ainda precisamos caminhar para a construção de políticas de saúde que sejam de fato efetivas e que não operem seguindo a mesma lógica de emagrecimento em massa e patologização de pesos e medidas de maneira arbitrária, desconsiderando as potencialidades de cada corpo, independentemente do seu tamanho.

Apesar de muita revolta e dor em ouvir histórias como as que narrei ao longo do capítulo, é preciso acreditar que podemos criar políticas de cuidado e acesso a serviços

de saúde (compreendendo saúde de maneira ampla, considerando questões biológicas, psicossociais, econômicas, dentre outras), que levem em consideração a pluralidade dos corpos, garantindo efetivamente o acesso universal, preconizado pelos Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde brasileiro. São eles:

- I - Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - Direito a informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - Participação da comunidade;
- IX - Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) Ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) Regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - Integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - Organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. (BRASIL. Lei no 8.080/90. Brasília: Diário Oficial da União, 1990)

No próximo capítulo, pensaremos a partir das possibilidades de um cuidado mais amplo, como proposto por Mol (2008), que considera o saber cotidiano do paciente, o qual vive e aprende a lidar com o seu processo de adoecimento. Assim, a partir dessa e de outras teorias sobre cuidado (MOL, MOSER, POLS, 2010; MURPHY, 2015; BELLACASA, 2017; ENGEL, FIETZ, 2023), diferenças, materialidades e teorias feministas (M'CHAREK, 2013; 2014; HARAWAY, 1991; 1995; 2016; MOL, 1998; 2002; 2008), dentre outras, retomaremos a proposta imaginativa desta tese: a de trazer linhas, pontos e costuras de volta ao campo das artes manuais, para multiplicar formas de cuidado e atenção a pessoas gordas. Como resistência e em tensão às Políticas de Finamento, como seria produzir beleza, vida e outras políticas de cuidado, protagonizando o respeito às diversidades corporais e a não patologização das diferenças? Ao se conceber a vulnerabilidade como um fenômeno que nos aproxima

enquanto humanidade e que nossos corpos estão sempre expostos aos cuidados e perigos da ação dos outros, temos um ponto de partida para que pensemos em outras formas de cuidados em saúde que não estejam mais direcionadas por discursos que prezam pela destruição de corpos gordos, na medida que, para isso, a única saída para produção de saúde se dá a partir de cortes e costuras cirúrgicos, medicamentos e dietas restritivas com finalidade de emagrecimento.

4.
ARTESANANDO CORPOS,
PRODUZINDO VIDA

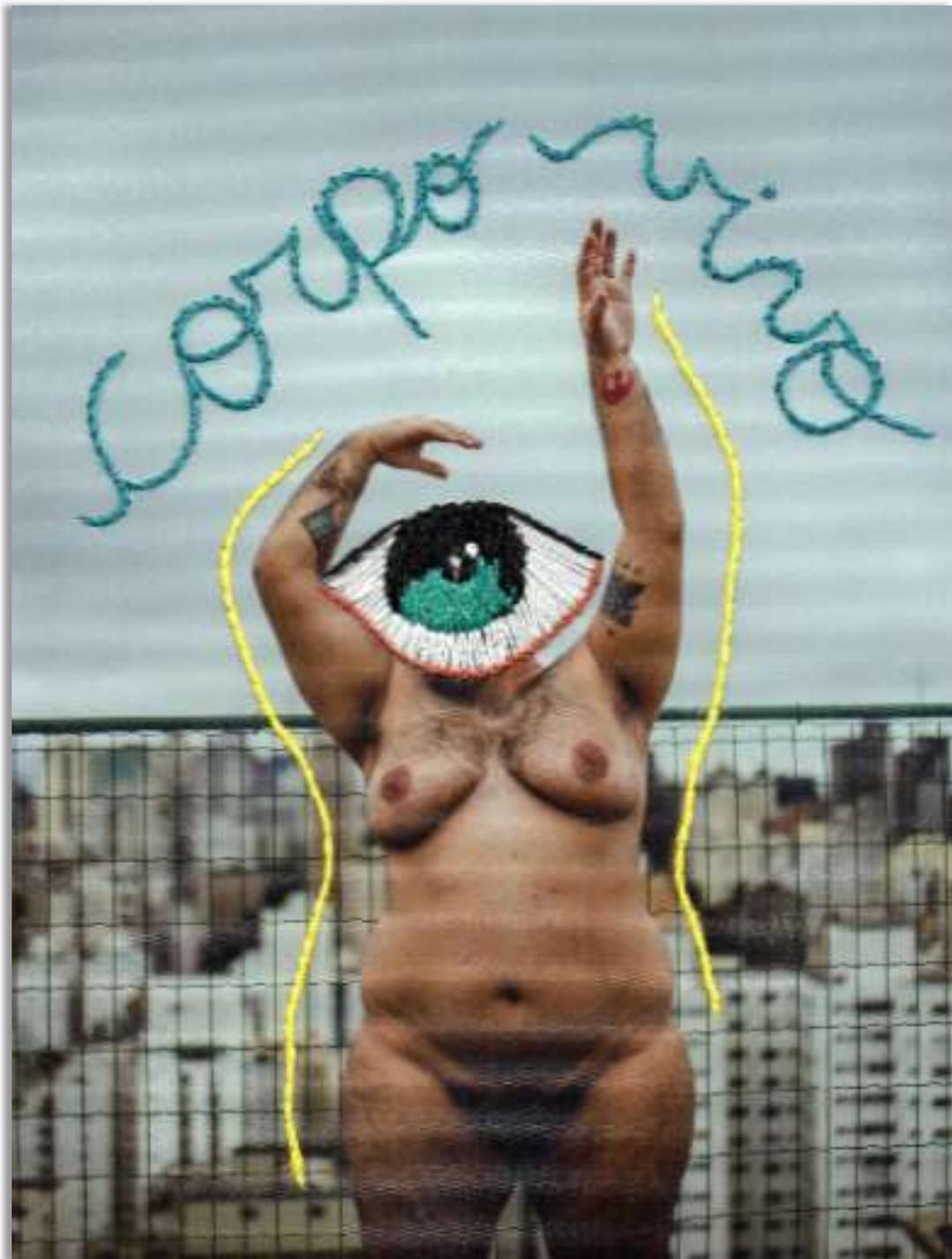


Figura 41 Obra de Milena Paulina - bordado em fotografia. Fotografia de uma pessoa gorda sem roupa, com prédios ao fundo. Sua cabeça e contornos do seu corpo estão cobertas por bordados em linhas coloridas.

Nuestro cuerpo, el primer enemigo. Es ahora, en el presente gordx. Porque no se nace gordx, se llega a serlo...

Enunciamos, "algunas chicas son más grandes que otras" Somos lxs anarkorporeos. Nosotrxs proclamamos;

Que ante todo reconstruiremos nuestras vidas desde lo que somos, lo que molesta, el desborde del(a) chanchx que si desea vivir.

Somos golozxs y tentadxs, puro eros vuelto placer por la buena mesa y las vacanadas. Nos gusta el calor que brinda la grasa en esos días de invierno.

Y ante una cultura del recato, la buena presencia y el ser ubicaditx, nosotrxs somos las trincheras del fascismo/dictadura de la piel. Somos vida desbordada de placer oral

Porque nos gusta comer y no queremos reprimirnos tales deseos. Sólo para que le pueda gustar a la familia, al compañerx sexual de paso o al jefe que no me quiso contratar por la mala presencia.

Somos la denuncia andante de las inconsecuencias de la democracia de los cuerpos

Cueste lo que cueste. Porque nuestros placeres estomacales no los transamos.

Somos quienes no nos resistimos a desaparecer ante el adelgazamiento de las diferencias corporales.

Porque el ser gordx no es algo anecdótico, es político, contra lo establecido. ... "Lo que no encaja, lo que excede, lo que estalla límites, costuras y cierres, asientos de micros, fronteras, ficciones, deseos".

Acá están mis pliegues, acá están mis rollos, acá esta el cuerpo, ese que no corresponde, ese que aparentemente nadie quiere follar, este cuerpo enfermo.

Hablamos como gordxs, guatonxs, desde las estrías, celulitis, rollos grasientos y sebosos que recorren nuestros cuerpos desbordados, el eterno sobrenombre escolar, como proletarixs de la belleza y salud, más deseantes que deseables.

Hablamos las guatonas transfeministas, radicales, porque no basta con destruir el género si no dinamitamos también las normas corporales.

Porque en el fondo, le damos asco a tu sistema de vigorosidad, fortaleza, fecundación y fuerza (de trabajo y militar). Hablamos lxs gordxs que no comemos carne, lxs que creemos que el racismo, el sexismo, el heterossexismo y el especismo son rejas necesarias de destruir.

Lxs que no queremos trabajar, lxs que deseamos dejar de ser, abortar. Lxs que no queremos parir, estar en huelga. También hablamos las gordos peludas, hediondas, las feos, maricones hiperfemeninos, quienes no salimos en las pornos si no es a modo de fetiche, las camionas,

desaliñadas, las que eructan en la mesa, asquerosos, perturbadoras, excesivos, nunca calladas ni impecables.

Éramos la gordita buena onda, la que nadie sacaba a bailar, la que jamás logró mantener una dieta, la avergonzada, la que se cubría, la “guatona culiá”, a esa que siempre le querían cerrar la boca, la chancha, lechona, obesa, bola de grasa, aceitosa, ballena, el java, el empolvado, el Gonzalo Cáceres, el bola/pelota, el manteca.

Para el resto nuestro cuerpo es un gran globo deformado, grasiento. Porque todxs somos potencialmente guatonas anoréxicos.

No queremos modificarnos o que nos acepten por “lo que somos por dentro”, ni auto-torturarnos con dietas y ejercicios extremos, queremos que los deseos se desaprendan y que nuestro cuerpo se transforme en potencia de deseo por el simple hecho de ser cuerpo.

Hablamos para los gordas que aún se encuentran en el espacio del silencio, de la vergüenza, de la burla...

Les invitamos no a salir del closet de las tallas, sino que a destruirlo... El espejo no es un reflejo de la realidad, lo que vemos en él no es más que una construcción social necesaria de reconstruir.

Sacamos las garras, aullamos como lobas y salimos de espacio del silencio.

HOY GORDE AYER PUTA MAÑANA LOBO

(Samuel Hidalgo/Salmuera/constanzx a. castillo)

Neste último capítulo, conversaremos um pouco mais atentamente sobre ações de cuidados em saúde que são desenvolvidas e colocadas em prática a partir de uma perspectiva mais acolhedora a corporalidades gordas, como a minha e a de muitas das pessoas ouvidas para a composição desta escrita. Para tanto, a partir da inspiração da fabulação especulativa de Haraway (2016), será traçado um percurso que costura narrativas pessoais de produção de vida por pessoas gordas, linhas de bordado e perspectivas de cuidado abertas à diversidade corporal.

Serão abordadas, então, as narrativas de Sol, Caio e João, assim como projetos desenvolvidos em diferentes países, com os quais pude entrar em contato durante o trabalho de campo: *Pratique Inclusive* (Canadá), *Cuadernillo de Sensibilizacion sobre Temáticas de Diversidad Corporal Gorda n° 1 e 2* (Argentina) e *Saúde sem Gordofobia* (Brasil). Serão apresentadas tais práticas à luz da proposta teórico-metodológica praxiográfica (Mol, 1999, 2002, 2008, 2010), a partir de uma perspectiva ética e localizada (Haraway, 1995, 2016). Por fim, tendo como direção perspectivas feministas acerca do cuidado (MOL, MOSER, POLS, 2010; MURPHY, 2015; BELLACASA, 2017; ENGEL, FIETZ, 2023) e uma abordagem política inspirada na *mestiza* (ANZALDUA, 2005, 2021), será desenvolvida a noção de Cuidados Contextuais, que se configuram como pontes entre perspectivas, cenários, contextos, saberes, em uma produção de cuidados em saúde que tenham como finalidade a produção de vida, independentemente do formato e peso dos corpos.

4.1 Pressupostos teóricos sobre realidades e corporalidades múltiplas

No capítulo anterior, pude demonstrar as formas pelas quais se materializam o que chamo aqui de Políticas de Finamento. Tais políticas são, conforme demonstrado, todo esse conjunto de práticas artesanais de produção de magreza, ou seja, tratamentos – cirúrgicos ou não –, políticas públicas, medicamentos, dietas, rotinas de exercícios, que buscam o emagrecimento com base em um imaginário no qual corpos gordos são compreendidos como adoecidos e que precisam de correção (e emagrecimento) a todo e qualquer custo.

Tais práticas e intervenções compõem um regime de inteligibilidade dos corpos, de pressuposição de saberes sobre eles, assim como ordena um sistema de valoração das vidas que, entre outros elementos, distribui desigualmente o acesso à saúde e ao cuidado. Uma ordenação estética que também é política e que é formada por hierarquizações em diversos campos, como raça, classe, etnia, dentre outros. Os discursos que categorizam corpos enquanto saudáveis ou não acabam por, num limite,

determinando quais vidas valem a pena serem vividas plenamente e quais devem ser relegadas ao desaparecimento ou correção. Corpos gordos são, comumente, compreendidos não apenas como doentes, mas como sujeitos moralmente inferiores.

Ficou evidente que os discursos que colocam corpos gordos como algo que precisa ser contido baseiam-se, na sua maioria, em medidas universalizantes como o Índice de Massa Corporal (IMC) ou o índice de adiposidade central - que mede a circunferência dos corpos na altura da cintura. Tais medidas são utilizadas por profissionais de diversas áreas, bem como disseminadas amplamente para a população em geral, e têm servido para determinar o diagnóstico e o tipo de tratamento que será aplicado a depender da medida obtida. Esses diagnósticos são feitos a partir de um discurso que tem por base a existência de uma medida que pode ser aplicada a todo e qualquer corpo independentemente de gênero, etnia, estilos de vida etc. Porém, conforme visto, os limites dessas aferições na busca por diagnósticos de sobrepeso (bem como baixo peso) já fazem parte de um debate que tem crescido na atualidade.

Nesse sentido, o que tem sido compreendido acerca das corporalidades gordas está intimamente relacionado com um discurso positivista (HALSE, 2009), na medida em que tais números e métricas fixas são ferramentas de determinação de saúde e adoecimento. Porém, esta pesquisa está intimamente relacionada com uma outra perspectiva acerca dos corpos, inspirada primeiramente por correntes teóricas dos estudos da Ciência, Tecnologia e Sociedade (LATOURE, 2001; 2008; LAW, 2008), que compreendem que tais domínios associados a tecnologia, sociedade e ciências, de maneira geral, estão em constante relação e articulam, em suas práticas, ações de atores humanos e não humanos. Ainda que não seja o foco deste trabalho aprofundar essa discussão, há que se citar a importância de correntes teóricas ligadas à perspectiva da Teoria Ator-Rede ou TAR (LATOURE, 2009; LAW, 1992), que aponta para uma desconstrução de dicotomias como sujeito x objeto, natural x social, dentre outras, ao compreender que o mundo é formado por actantes híbridos, não existindo mundos completamente opostos entre si.

Segundo essa perspectiva, além da não existência de fronteiras rígidas entre o que se pensa enquanto “natural” e “social”, a natureza também não é vista como um objeto passivo buscando decodificação, bem como não deve ser entendida como resultado de uma construção social, mas como algo que se configura enquanto um objeto de disputa, ou seja, um agente de interação que está em constante transformação junto a elementos humanos e não humanos. Mais do que isso, compreende-se que

discursos e decisões políticas também são inscritas nos corpos, o que demanda respostas que levem em consideração a materialidade a partir de objetos humanos e não humanos (ALAIMO e HEKMANA, 2001). Nesses termos, pensar a partir dessa abordagem nos encaminha para outras perspectivas éticas e políticas, ao compreender as consequências materiais de determinados discursos sobre as materialidades, aqui pensadas acerca de corpos gordos e as consequências práticas da patologização de suas medidas.

Apesar de partir das contribuições de teorias inspiradas pelo TAR, importante destacar que, de acordo com Marcia Moraes e Ronald Arendt (2013), as publicações de Mol (2002,2008, 2010), Moser (2000), Law (2004), Mol e Law (2003) têm um direcionamento um pouco distinto, visto que não buscam acompanhar objetos e descrever estabilizações em determinadas redes, mas compreendem que tais processos são feitos de forma mais complexa, sendo as próprias redes múltiplas. Dito de outra forma, de acordo com os autores, o foco não é apenas a construção e descrição de redes e sua estabilização, mas compreender que, a partir delas, realidades são produzidas e multiplicadas.

Nesse sentido, partindo de Mol (1999), considero a não existência de uma realidade fixa, mas produzida nas interações e engajamentos semiótico-materiais. Tal pressuposto, de acordo com a filósofa, nos aponta a compreensão de uma nova “política ontológica”, considerando os termos “política” e “ontologia” usados em conjunto para se referir à não estabilização de algo que é entendido enquanto verdade, já que é fruto de negociações. Em concordância com as perspectivas propostas por Law (2003) e Annemarie Mol (2002, 2008, 2010), não existe uma realidade fixa que é descrita pelas pesquisas, existem realidades que são produzidas também durante a investigação e seguem sendo feitas no cotidiano, sendo um campo de possibilidades em constante ação e afetação (MORAES; ARENT, 2013).

Na perspectiva teórica de Mol (que serve de base para as reflexões aqui proferidas), além de assumir diferentes saberes que podem ser feitos a partir de um mesmo objeto, é necessário que pensemos a partir da multiplicação também da realidade. De acordo com a autora (MOL,1999, 2002), não se trata meramente de diferentes versões de um mesmo objeto (perspectivismo), mas de lançar mão das materialidades que produzem os objetos, que podem ser apreendidos a partir das práticas. Ou seja, para que se possa fazer um diagnóstico, é preciso que ocorra a colaboração de uma série de atores, práticas que vão desde o médico, o paciente que

descreve e experiencia seus sintomas, além de materiais, maquinários, práticas, utilizados durante a consulta.

Ao levar em consideração as muitas práticas, Mol narra realidades compostas não apenas por pessoas, mas instrumentos, profissionais de saúde, cirurgias, rotinas de vida que juntas irão produzir diagnósticos e múltiplas versões de doenças e corpos. Em sua obra intitulada *The Body Multiple* (2002), a autora fala de práticas em um hospital específico para o tratamento de doenças vasculares. Nesse cenário, a autora descreve realidades que são feitas por atores muitos: pessoas, aparelhos, artérias, consultas, entre muitos outros. Há, de acordo com Mol, o corpo que fazemos (*we do*) a partir dessas muitas práticas, ou seja,

O corpo que nós fazemos nesse cenário é feito por um “nós” amplo: vários tipos de pessoas e aparelhos estão envolvidos. O paciente, cujas artérias estão em jogo, participa ativamente no que é feito. Na sala de consulta, fala, fazendo perguntas e respondendo às perguntas. Tira as calças e meias se for necessário, para que os médicos sintam a pulsação das suas artérias e a condição da sua pele. No laboratório, contribui, não por falar (ou pelo menos, não muito), mas por permitir ao técnico tirar as medidas. Por exemplo, o técnico mede as diferenças entre a pressão arterial no tornozelo e nos braços ou a velocidade da corrente sanguínea nas artérias das pernas. Essas são medidas diferentes: a primeira faz a doença como uma queda na pressão arterial e a segunda a faz como um aumento local na velocidade da corrente sanguínea. Ambas as maneiras de fazer aterosclerose diferem da conversa que antes tinha lugar na sala de consulta entre médico e paciente. Nesse espaço, a doença tomou forma com “dor durante o caminhar”, “pulsações fracas” ou “pele desntrida”. (MARTIN; SPINK; PEREIRA, 2018)

Além do corpo que fazemos, Mol nos traz sobre o corpo que performamos (*enact*) em cenários que vão muito além dos espaços clínicos. Ou seja, de acordo com sua perspectiva teórico-metodológica, diferentes versões de doenças estão diretamente ligadas a diversas versões de corpos, não existindo, portanto, uma versão única da arteriosclerose, objeto ao qual se dedica na referida pesquisa. De acordo com Mol, *a doença não é uma estrutura, mas um processo no tempo* (MARTIN; SPINK; PEREIRA, 2018). Ao dizer que diferentes práticas produzem diferentes versões de objetos (e realidades), é necessário pensar que tais versões agem a partir de entidades também múltiplas que colaboram entre si (LAW & MOL, 2008). Dito de outra forma, apesar de diferentes versões da mesma doença serem produzidas por práticas diferentes no consultório, no laboratório, na dor ao caminhar, tais versões não são incompatíveis ou excludentes entre si.

Nesse sentido, a importância em tal perspectiva se dá a partir da superação de uma pesquisa focada em descrever uma realidade fixa ou dada, para uma pesquisa com foco nas práticas, por compreender que os objetos são produzidos por elas, na medida

em que estes só existem em ação. Dessa maneira, cabe à investigadora direcionar o olhar para as conexões, sempre locais e parciais, entre realidades e objetos que ora se coordenam, ora se chocam, ora se sobrepõem (MORAES; AREDNT, 2013). Ainda, ao produzir conhecimento com inspiração nessas perspectivas, fica explícito o acordo a um entendimento de objetividade corporificada que acomode os projetos científicos feministas críticos e paradoxais: objetividade feminista significa, simplesmente, saberes localizados (HARAWAY, 1995). Dessa maneira, há uma superação de um olhar universalizante acerca dessas realidades, mudando o foco ao que é permitido que seja visto e descrito de maneira situada e que pode, assim, ser responsabilizado. De acordo com a autora,

Precisamos aprender em nossos corpos, dotados das cores e da visão estereoscópica dos primatas, como vincular o objetivo aos nossos instrumentos teóricos e políticos de modo a nomear onde estamos e onde não estamos, nas dimensões do espaço mental e físico que mal sabemos como nomear. Assim, de modo não muito perverso, a objetividade revela-se como algo que diz respeito à corporificação específica e particular e não, definitivamente, como algo a respeito da falsa visão que promete transcendência de todos os limites e responsabilidades. A moral é simples: apenas a perspectiva parcial promete visão objetiva. Esta é uma visão objetiva que abre, e não fecha, a questão da responsabilidade pela geração de todas as práticas visuais. A perspectiva parcial pode ser responsabilizada tanto pelas suas promessas quanto por seus monstros destrutivos. Todas as narrativas culturais ocidentais a respeito da objetividade são alegorias das ideologias das relações sobre o que chamamos de corpo e mente, sobre distância e responsabilidade, embutidas na questão da ciência para o feminismo. A objetividade feminista trata da localização limitada e do conhecimento localizado, não da transcendência e da divisão entre sujeito e objeto. Desse modo podemos nos tornar responsáveis pelo que aprendemos a ver (HARAWAY, 1995, p.21)

Na entrevista feita para a Revista Interface (MARTIN; SPINK; PEREIRA, 2018), Annemarie Mol afirma que existem diversas formas de investigação dos corpos que, de acordo com ela, nós fazemos. Em um hospital, ao pesquisar a arteriosclerose em membros inferiores, o corpo que é “feito” por uma série de cenários diferentes, nos quais uma variedade de pessoas, aparelhos, procedimentos fazem parte. A doença se produz de diferentes formas: a partir da aferição de pressão sanguínea no tornozelo, nos exames laboratoriais, na dor ao caminhar, no aspecto da pele, e assim por diante. Mol faz essa reflexão também para espaços que extrapolam o hospitalar. Ao falar especificamente de uma consulta com nutricionista, na qual o “sobrepeso” pode aparecer como forma de gula, insatisfação corporal, necessidade de despertar o desejo do outro, a autora indica que:

É possível prestar atenção ao que acontece na prática, por imaginar o que cada elemento num cenário indica sobre a realidade (problemas e preocupações) em jogo na prática, perguntando para as pessoas para aprender como elas lidam com as coisas e interpretando o que elas falam. A

maneira mais importante é estudando “outras” práticas também, para aprender sobre as duas pelos contrastes entre elas (MARTIN; SPINK; PEREIRA, 2018).

Ou seja, para a filósofa, as diferentes versões da doença estão relacionadas na medida em que ela é *mais do que uma, ao mesmo tempo que é menos do que muitas* (MOL, 2002), existindo, entre elas, um trabalho de *coordenação* que articula e coloca em relação suas diversas versões. Dessa maneira, para Mol, diferentes realidades e versões estão em constante sobreposição e interferência uma sobre as outras, em uma relação complexa e sem seguir necessariamente uma ordem precisa. Em um de seus trabalhos mais conhecidos, Mol (1999) expõe três performances da anemia - que são a clínica, a estatística e a patofisiológica - para discutir as várias versões que a anemia assume. Essas três performances não se anulam, nem se ultrapassam entre si, mas coexistem. Sobre isso, Mol afirma:

Nos manuais, tendem a ser descritas como coisas ligadas, como se fossem, de facto, aspectos de um desvio único. Supõe-se que um nível de hemoglobina demasiado baixo para transportar oxigénio dos pulmões aos outros órgãos de um indivíduo em quantidades que os permitam abastecer (patofisiologia) fique fora da gama normal, estabelecida por cálculos assentes em dados populacionais (estatística), e que se manifeste através de sintomas que incomodam tanto o doente que o obrigarão a procurar ajuda médica (clínica). Na prática, porém, as coisas não funcionam necessariamente desta forma. Porque na prática acontece haver pessoas que não têm tonturas, nem pálpebras brancas e, no entanto, os seus níveis de hemoglobina pareceriam desviantes caso fossem medidos. Ou então há pessoas cujos órgãos não têm oxigénio porque os seus níveis de hemoglobina caíram, mas que ainda assim se mantêm dentro da gama normal. E por aí fora. Na prática, as três formas de diagnosticar a “anemia” diagnosticam coisas diferentes. Os objectos de cada uma das várias técnicas não se sobrepõem necessariamente entre si. Nada disto suscita grandes debates, tentativas de procurar consenso, ou sequer qualquer tipo de preocupação. É como é. Ocasionalmente, pode levantar-se alguma discussão sobre que método de diagnóstico usar num contexto específico. Mas em termos gerais estas três formas de lidar com a anemia, ou melhor, estas três anemias diferentes, têm coexistido desde há décadas. E a situação não dá sinais de mudança. A realidade da anemia assume várias formas. Não são perspectivas de diferentes pessoas, pois no curso do trabalho uma mesma pessoa pode passar de uma performance para outra. Também não são construções do passado, alternativas, das quais só uma sobreviveu - emergiram em momentos distintos da história, mas nenhuma delas desapareceu. Portanto, há diferentes versões, diferentes performances, diferentes realidades que coexistem no presente. (MOL, 1999)

Um aspecto importante para a teorização de Mol (2002) é também a importância das práticas e a forma como são descritas e percebidas no ato de pesquisar. Conforme dito por Moraes & Arendt (2013), na medida em que é nas práticas cotidianas que são feitos e performados corpos, objetos, doenças e, assim, existem em suas multiplicidades, o/a pesquisador/a que se interessa em seguir uma pesquisa praxiográfica leva em consideração as formas como esses objetos são constantemente

produzidos e colocados em ação, criando conexões e até mesmo chocando-se entre si, nas práticas cotidianas.

Sobre esse aspecto, M'charek (2014;2013) também ilustra o valor das práticas para a apreensão dos objetos. De acordo com a autora, para que se possa definir o que é raça, por exemplo, é necessário que se foque nas práticas que são tornadas relevantes nessa definição. Demonstra, ainda, a importância de pesquisas das ciências sociais e humanidades se voltarem para práticas científicas e o que autores chamam de “ciência em produção”, para que sejam explicitados e entrem na análise elementos que não são valorizados ou mesmo contabilizados no fazer de ciências duras, mas que é articulado nessas práticas de produção de conhecimento (BESEN; DUARTE, 2017).

Além disso, a autora propõe a superação da diferença entre o que é biológico e social ao pensar acerca de raça, mas não o faz demonstrando que essa contém aspectos de ambas as instâncias, e sim demonstrando que ela é um objeto relacional (M'CHAREK, 2013). Ou seja, dessa maneira demonstra que o que é compreendido como fronteiras fixas entre o "biológico" e o "social" não são fatos dados, mas produzidos nas práticas que performam tais ficções.

Assim, ao sugerir que o conceito de raça só pode ser compreendido a partir da relação com outros atores e contextos, a autora demonstra que as palavras não possuem uma essência em si, mas atuam através da relação e contexto, ou seja, as coisas, os objetos, as entidades alcançam seu significado em termos de seus engajamentos. De acordo com M'Charek (2013, p. 421), *a raça não é um objeto singular "lá fora" na natureza, mas uma entidade relacional representada "aqui". Em segundo lugar, seguindo uma abordagem praxiográfica que atende a que raça é feita para ser na prática, eu argumento que a raça é simultaneamente factual e fictícia, complicando as abordagens dominantes raça biológica como fato ou ficção.*

Nessa perspectiva, M'Charek (2014;2013; 2017) trata a raça como um objeto dobrável, na medida em que este só pode ser definido a partir de práticas, nas quais suas diferenças assumem caráter fictício – o que desfaz as fronteiras entre social e biológico. Da mesma forma, podemos pensar que a gordura corporal é também forjada e conceitualizada dentro de práticas múltiplas, que são colocadas em ação na produção de corpos a partir de diagnósticos, níveis de IMC, circunferência abdominal, níveis de colesterol, capacidade respiratória, pressão sanguínea, entre muitos outros.

Nesse sentido, por que deveríamos pensar sobre as corporalidades gordas como doentes *a priori*, utilizando medidas e níveis fixos a partir de escalas predeterminadas? Considerar a possibilidade de múltiplas realidades e práticas que as performam abre caminho para que se possa pensar em novas maneiras de imaginar os cuidados em saúde, respeitando a complexidade envolvida nas práticas de profissionais de saúde, pacientes e seus relatos e demandas, bem como a produção de corpos que extrapolam espaços assépticos de salas de espera e clínicas médicas.

A partir de entrevistas com profissionais de saúde e pessoas gordas em geral, com foco na descrição de como a gordura corporal é performada nessas práticas de cuidado do próprio corpo, nos atendimentos clínico-nutricionais, nas rotinas de exercícios, refeições, compras de roupas, políticas de saúde, atendimento de urgência e emergência, entre muitos outros contextos, capturamos não apenas a história desses corpos gordos - em uma perspectiva sempre localizada - mas como tais corporalidades são muito mais complexas e múltiplas do que se percebe em prescrições e diagnósticos da chamada obesidade.

Partindo da percepção múltipla da realidade, conforme proposto por Annemarie Mol (1999;2002), é possível apreender várias performances da chamada obesidade, nas quais diversos atores e contextos entram em jogo. Nesse sentido, podemos partir da proposição de Mol para refletir sobre quando a gordura - ou uma determinada quantidade de adiposidade - ganha o status de obesidade, as fronteiras entre uma pessoa gorda e uma pessoa considerada obesa, o que essas fronteiras mobilizam em termos semiótico materiais, o que fazem e como são feitas, dentre muitas outras possibilidades: desde determinada por valores fixos de Índice de Massa Corporal à suposta emergência nas políticas de saúde para perda de peso, dentre muitas outras como no trabalho de teatro que levam a gordura corporal como inspiração artística em performances de dança, como no Peso Bruto⁵⁵.

Esta pesquisa também é feita a partir da minha atuação enquanto uma pesquisadora gorda e implicada politicamente em pautas antigordofobia e que ainda assim sente em seu próprio corpo a dificuldade em atravessar/ser atravessada por espaços de saúde que já estão prontos para condenar sua sobrevivência em uma sociedade que preza tanto pela magreza como uma norma. Apesar da dificuldade, busco

⁵⁵ Performance de dança criado pela dançarina Jussara Belchior, que na forma de monólogo, demonstra a partir de movimentos ritmados a potência de sua corporalidade gorda, denunciando o não lugar de corpos fora do padrão em obras desse tipo.

formas outras de produção de vida e cuidados: seja a partir de pontos de bordado ou pinceladas de aquarela, buscando por profissionais de saúde mais implicados em uma atuação mais respeitosa. Da mesma forma que utilizo o bordado - por muito tempo pensado enquanto arte “secundária”, relegado ao espaço doméstico e praticado essencialmente por mulheres – como afirmação de prática legítima de produção de arte, utilizo essa ferramenta para costurar potências de corpos diversos. No próximo tópico, apresentarei um pouco mais sobre a complexidade e multiplicidade de corpos, realidades e cuidados que estão ou poderiam afetar as (nossas) vidas gordas.

4.2 Corpos gordos múltiplos: colocando em jogo a complexidade da gordura corporal

Caio é um homem cisgênero, antropólogo, branco e que, por muito tempo, foi a pessoa magra numa família de gordos. Durante toda sua vida, sempre esteve em contato com rotinas de dietas de emagrecimento que mãe, pai e irmã faziam. No começo da adolescência, com a mudança de casa e de rotinas, quando já não podia fazer atividades ao ar livre e ficava mais tempo em casa lendo, seu corpo foi se modificando e começou a engordar. Desde então, foi aderindo a rotinas de preocupação com o peso, controle da alimentação, às quais sua família já estava habituada. Quando terminou a faculdade e foi aprovado no mestrado, resolveu entrar de cabeça no plano de emagrecimento, para recomençar o novo período com o corpo que julgava ser a materialização do sucesso: o mais magro possível.

Começou uma rotina exaustiva de exercícios físicos por conta própria e restringiu ao máximo o que poderia comer: cortou carboidratos, contava a quantidade de “colheradas” de tudo o que ingeria. Acordava cedo, por volta das 5 horas da manhã e fazia uma, duas baterias de exercícios, até sentir que havia transpirado o suficiente. Depois da atividade física, tomava uma grande quantidade de café preto e sem açúcar, e era isso que o sustentava por grande parte do dia. Pesava-se todos os dias antes e depois de fazer o exercício. Sua grande preocupação e objetivo era emagrecer um pouco mais a cada dia. *Eu só vivia para isso, tanto que eu não consigo lembrar de mais nada dessa época* (Caio, antropólogo). Em um espaço de três meses, com essa rotina tão obstinada de controle e em busca do emagrecimento, perdeu quase 30 kg. No seu entorno, ele era visto como um *case* de sucesso. As pessoas elogiavam sua determinação e pediam dicas de como perder tanto peso rapidamente.

Paralela a essa determinação em perder peso, estava o movimento de se permitir vivenciar sua sexualidade enquanto um homem gay. Todo esse processo de emagrecimento estava diretamente atrelado ao objetivo de despertar o desejo de outros homens. Porém, por conta de uma decepção amorosa nesse período, entendeu que, mesmo estando com o peso considerado ideal, não haveria garantia de segurança em um relacionamento. Isso fez com que ele fosse afrouxando a rigidez no controle com o que comia e aos poucos foi desacelerando, até descontinuar a rotina de exercícios que se obrigava a fazer diariamente. O rompimento com a urgência de moldar seu corpo esteve, naquele momento, ligada a um questionamento sobre sua sexualidade, na medida em que se desvinculava da obrigação de parecer desejável ao outro. Chegou a pensar, em certo momento, que, por conta disso, fosse na realidade uma pessoa assexual.

Quando começou o doutorado, o movimento de voltar o foco ao corpo e a regimes e rotinas de exercícios voltou a fazer parte de sua rotina. Foi nesse momento que o controle com o que comia foi mais intenso. Chegou a perder mais peso do que no momento anterior, mas se sentia mais fragilizado emocionalmente. Por algumas vezes, chegou a chorar na universidade onde frequentava aulas e reuniões de grupo de pesquisa. Quando se olhava no espelho, só conseguia ver um homem gordo, mesmo se tratando de um homem alto com aproximadamente 70 kg. Isso só começou a mudar quando, algum tempo depois, começou a se relacionar com um homem com quem namorou por muitos anos. Nesse momento, Caio percebeu que, além de seu namorado ser um cara considerado 'acima do peso', todos os sujeitos que despertavam seu interesse até então não eram homens magros ou considerados 'sarados'. Essa reflexão fez com que, pouco a pouco, a urgência dessa preocupação excessiva em emagrecer fosse se modificando.

Depois de altos e baixos, e após acompanhamento psicológico, conseguiu ver que acabou fazendo, durante toda sua vida, uma associação entre busca de sucesso e emagrecimento. Além da intervenção psiquiátrica e do acompanhamento da terapeuta, sua religiosidade foi determinante para que ele superasse os momentos de maior fragilidade, nos quais se emaranhavam questões relacionadas com a aceitação de uma corporalidade gorda, sua sexualidade e decisões profissionais importantes que estavam sendo tomadas. Além de Xangô⁵⁶ e do acompanhamento em terapia, Caio foi encontrando mais espaço de vivência plena de sua sexualidade a partir da descoberta de

⁵⁶ Xangô é o Senhor da Justiça, o Orixá da Lei em religiões de matriz africana.

comunidades “ursos” no mundo gay, nas quais corpos de homens gordos e peludos são considerados objeto de desejo.

Atualmente, considera ter encontrado uma espécie de equilíbrio entre a demanda de estar com o corpo em movimento e não necessariamente acreditar que precisa emagrecer para se enxergar como alguém desejável ou com sucesso. Além de repensar a questão do desejo sobre corpos como o seu a partir de relacionamentos com outros corpos gordos, entendeu ser possível uma relação mais saudável com a atividade física, que é, atualmente, tomada por ele como uma forma de manter o corpo em movimento, sem obrigatoriamente buscar a modificação do seu corpo como um objetivo final. Durante algum tempo, fez Pilates e sentiu, nessa prática, uma total liberdade para testar os limites de seus movimentos, e nunca viu sua corporalidade gorda como barreira para essa prática. Hoje, Caio acredita estar em harmonia com o que é, com seu desejo e com seu corpo.

Todo esse processo do meu corpo era uma responsabilização absurda. E isso fecha com meu processo de responsabilização na família. Então foi isso de me conectar com o meu corpo, entender o que meu corpo queria, abraçar o que faz mal pra mim e eu posso falar isso pra minha família, nos coletivos. Hoje a gente praticamente não cozinha mais com glúten ou quando tem isso eu faço outra coisa e comemos juntos, tá tudo bem, todo um processo de entender o que eu queria, de poder expor o que eu queria, e também muito do processo do que significa ser aceito como um cara gay, porque foi tudo misturado! O meu processo de descoberta, meu processo de corpo. Atualmente eu tenho estado num processo de pensar em como eu quero me relacionar, como que eu me relaciono com meu corpo sem ter que ficar medindo colher, estar magro, sabe? Como é essa relação. Mudou completamente o espaço que meu corpo toma nesses lugares, e uma dessas coisas foi, por exemplo, marcar pra ter uma massagem, porque eu achava que eu precisava estar magro pra ter esse tipo de coisa, porque toda vez que eu pensava em massagem achava que meu corpo não tava legal, mas que corpo não tá legal pra uma massagem? Até roupa, depois da pandemia foi a primeira vez que eu comprei roupa que maior, que eu não precisasse emagrecer pra caber nela. Porque até então eu sempre tinha uma peça de roupa que era muito pequena e que servia como projeto de emagrecer pra caber nela. A roupa tem que me servir, e não eu tenho que servir na roupa. (CAIO, Pesquisador).

Tendo como ponto de partida o relato da história compartilhada por Caio acerca da sua relação com seu corpo, é possível compreender como importantes elementos também fazem parte dessas práticas e agenciamentos que comportam a vida de um homem considerado gordo. Ou seja, há de se levar em consideração toda uma variedade de práticas, como a religiosidade, a contagem de colheres de comida, o uso de

aplicativos de relacionamentos com homens gays ‘ursos’, dentre outros. Dessa maneira, sua compreensão no que se refere a formas de produzir cuidado, vivenciar sua sexualidade, entender o seu lugar no mundo, conectar-se com outros homens tanto afetiva quanto sexualmente, sua relação com os orixás estão intimamente relacionadas com sua corporalidade gorda. Não há como se promover e pensar cuidados sem que essa multiplicidade de elementos e práticas que constroem um viver sejam consideradas.

De forma semelhante ao compartilhado por Caio, segue o relato de João, um homem trans, branco, educador físico, o qual afirma que não há como se pensar sobre a gordura corporal, em sua história, sem que essa esteja atravessada por questões de identidade de gênero e sexualidade. Em um determinado momento de sua transição, por exemplo, antes de realizar a mastectomia, o fato de ser um homem gordo e de barba acabava por, ao mesmo tempo, garantir um pouco mais de “passabilidade⁵⁷” e, com isso, um local político de marcar sua masculinidade apesar de ainda ter mamas evidentes. João não se considera politicamente um homem gordo, mas reconhece *que tem um corpo que possui uma quantidade de gordura que pode ser considerada excessiva* (JOÃO, Educador Físico).

João trabalha como *personal trainer* e divulga séries de exercícios de força utilizando pesos (kettlebell, halteres) em suas redes sociais. Práticas que são feitas, normalmente, por pessoas que seriam facilmente consideradas gordas, por conta de suas corporalidades, mas, de acordo com ele, nesses espaços de *powerlifting*.⁵⁸ *Dependendo das demandas, vão ter estratégias de aumentar a massa magra sem engordar, mas aí no lifting ou levantamento de peso olímpico, os homens, aqueles esportes de força bruta e tal, todos eles tu vai olhar os competidores tem aqueles que são mais magros, assim, mas todos eles têm uma “barriga da força”, assim. Eu acho que até, inclusive, para alguns movimentos ela é útil* (JOÃO, Educador Físico).

De acordo com João, a gordura nos corpos desses atletas está diretamente relacionada com o desenvolvimento de força e a capacidade do corpo em conseguir suportar uma grande quantidade de peso em seus movimentos. Portanto, *existe uma relação entre força e peso total, logo se tu quer níveis absolutos de força, pode ser vantajoso ter uma*

⁵⁷ O termo “passabilidade” é parte de um debate complexo em discussões sobre identidades de gênero e direitos humanos. Cabe aqui apenas sinalizar que é utilizado como trazido por Lanz (2014) a “passabilidade traduz o quanto uma pessoa transgênero se parece fisicamente, se veste, fala, gesticula e se comporta de acordo com os estereótipos do gênero oposto ao que lhe foi consignado ao nascer”.

⁵⁸ O Powerlifting é conhecido também como Levantamentos Básicos e se caracteriza por ser um esporte de força no qual o atleta é julgado pela quantidade de peso manejado na soma de três tipos de levantamentos: agachamento, supino e levantamento-terra. (GONÇALVES, 2012)

massa gorda junto. O atleta cita, inclusive, a importância do que é chamado de *Power Belly* (“*Barriga da Força*”), ou seja, a barriga acentuada que serve de sustentação extra em alguns movimentos de modalidades que exigem muita força. De acordo com João, o ganho de massa muscular sempre vem acompanhado de ganho de gordura, “*então o cara que quer ser um brutamontes de forte vai ter que ter uma barriguinha, obrigatoriamente*”. João compartilha sua admiração pelo atleta norte-americano Rob Kearney, por ser o primeiro atleta desse tipo de categoria abertamente gay e que está competindo no nível superior do esporte.



Figura 42 Rob Kearney - Atleta Norte-Americano. Na imagem, o atleta segura uma esfera grande de pedra apoiada em sua barriga, durante uma competição.

Além de ser uma corporalidade que garante mais sustentabilidade em exercícios de força, para João, os corpos gordos também estão inscritos em um circuito específico de desejo, que é bastante explorado especialmente pelo público de homens gays. Tanto por se considerar um “Bear⁵⁹” quanto por se relacionar, majoritariamente, com homens com essas características, João fala sobre como, em comunidades especialmente gays, há uma presença marcante dessa preferência por corpos masculinos maiores e peludos, havendo inclusive casas de encontros sexuais específicas para esse público na cidade onde mora. De acordo com ele, há uma diversidade de tipos de corporalidades “bear”: de homens mais peludos, mais musculosos (ou “riscados”, como ele chama), mais gordos, barbudos etc. Tais características são valorizadas em

⁵⁹ Movimento que surgiu nos Estados Unidos nos anos 70, e tem como principal objetivo a valorização de corpos de homens gordos, peludos e barbudos. Foi um movimento popularizado por Richard Bulger e Chris Nelson fundadores da revista “Bear Magazine” em 1987. Ver mais em <https://queer.ig.com.br/2022-02-13/comunidade-urso-entenda-o-que-e.html>.

maior ou menor grau, de acordo com a preferência de cada um. Entretanto, de maneira geral, pode-se dizer que há, em todas, a preferência delas em detrimento ao ideal de magreza disseminado na sociedade em geral.

Nesse contexto, apresentamos Sol, uma mulher cisgênero, branca, com 37 anos. Trabalha como jornalista, mas é a música que faz seu coração disparar. Mais especificamente música tradicional do norte/nordeste do Brasil, como bumba-boi de matraca, de baixada e de zabumba⁶⁰, como também tecnobrega e tecnomelody. É multi-instrumentista, toca violão clássico, pandeiro, triângulo, pandeirão, só para citar alguns. Durante alguns anos, participou de um grupo musical composto apenas por mulheres, que fazia uma junção de músicas de manifestações populares do estado do Maranhão, fruto de um trabalho de pesquisa sonora de grupos de bumba-meu-boi, cacuriá, côco, tambor de crioula e outras influências musicais diversas.

Sol diz que sua essência é estar em movimento. A relação com seu corpo gordo é, também, atravessada por esses percursos. Foi uma criança considerada gorda, perdeu peso durante a juventude em decorrência, de acordo com ela, de problemas emocionais relacionados com questões familiares. Já na vida adulta é que teve que se deparar, de fato, com seu corpo gordo. Por ter engordado aproximadamente 50 kg em um período de dois anos, desenvolveu um problema em um dos joelhos. Nesse momento, buscou uma série de especialidades médicas na procura de tratamentos que a ajudassem a ter uma melhor qualidade de vida, mas não achava nenhuma solução além do emagrecimento. Foram muitas consultas com indicação de medicação para diabéticos, sem ao menos pedir um hemograma, de encaminhamentos para cirurgia bariátrica, dietas restritivas e muitos comentários constrangedores e desnecessários acerca do seu corpo.

Nesses termos, Sol, que havia acompanhado a morte do pai de uma amiga de infância durante uma cirurgia bariátrica, optou por buscar outras alternativas. Só buscaria um tratamento mais invasivo caso entendesse que seu corpo estivesse “pedindo ajuda” ou com os movimentos comprometidos. Decidiu focar em pequenas metas de exercícios ao ar livre, como andar de bicicleta, conexão com pessoas que gostam de praticar esporte e ir tentando, aos poucos, fortalecer a musculatura do joelho

⁶⁰ Tipos de sotaques de Bumba meu Boi do estado do Maranhão, uma festa popular que faz parte da tradição local e que movimenta o estado durante as comemorações de São João. Cada sotaque possui características específicas, como instrumentos de destaque, roupas, movimentos. As mais conhecidas são: zabumba, orquestra, matraca, costa de mão. Mais em: <https://oimparcial.com.br/turismo/2020/05/voce-conhece-os-sotaques-do-bumba-meu-boi-2/>

que incomodava. Entre apresentações de música, escrita de textos, pedaladas, começou a perceber que seu corpo, apesar de não perder significativamente muito peso, mostrava-se mais ativo e sem maiores desconfortos. Atualmente faz acompanhamentos pontuais, mas sua maior preocupação não é necessariamente estética, é saber que tem liberdade para se colocar em movimento, como sempre esteve durante a vida. Encontrou na prática de Pilates um lugar seguro para a realização de exercício, mesmo depois de algumas situações em que teve de se impor verbalmente em relação à afirmação das potencialidades do seu corpo. Essa situação fez com que outras pessoas gordas se aproximassem dela e estabelecessem uma relação de troca e incentivo naquele espaço. Foi, inclusive, convidada para ser modelo de uma campanha da própria companhia de Pilates, como forma de incentivar outras mulheres a participar das atividades.

Importante destacar que, não apenas a gordura corporal aparece de modos diferentes na vida das pessoas, como a noção de saúde e corpo saudável também sofre modificações. Não existe, dessa forma, um binarismo fixo entre saúde e controle, uma vez que esses eixos estão em constante relação e disputa de maneira concomitante. Ou seja, não significa dizer que não deva existir uma preocupação com a gordura corporal, mas que efeito esse cuidado produz? Como evitar que esse direcionamento não seja tomado por violências e opressões? Não há uma forma simples de responder a esses questionamentos, bem como não tenho a pretensão de fazê-lo. Compartilho aqui como algumas das pessoas entrevistadas caracterizaram o que entendem por corpos saudáveis - ou não.

Um corpo feliz; que se permite sentir, viver. (LAÍS, psicóloga)

Um corpo com um mínimo de dor, porque, por exemplo, uma das coisas que é ruim pra mim é a dor na vesícula. Bem raramente eu tenho dor no joelho, que eu também acho que tem a ver ou com glúten ou laticínio. Um equilíbrio, nem tanto ao mar, nem tanto a terra, ter o mínimo de dor e desconfortos. (BRUNA, modelo)

Um corpo que não tá doendo em lugar nenhum, que tá com funcionamento bom, com as taxas reguladas das coisas que precisam estar dentro de um parâmetro, um corpo saudável no sentido de não ter nenhum desarranjo que desequilibra as funções vitais. (BELA, psicóloga)

É um corpo que tá confortável, que não te traz nenhum prejuízo tanto em saúde quanto em mentalidade, assim... que tu te sente confortável em qualquer ambiente, algo a ver com isso. (IVY, 29 anos, assessora comercial)

Uma pessoa saudável é aquela que consegue cuidar do seu corpo, da sua saúde com qualidade. Que consegue prevenir doenças que são possíveis de prevenir, com cuidados que são da nossa responsabilidade. Eu me considero saudável. Eu não tenho uma alimentação restritiva, eu como as coisas que quero ao mesmo tempo que como coisas que fazem bem pro corpo, hoje eu tenho mais informação que me privilegia nesse sentido, sobre o que comer, as proporções. Eu já tive um momento da vida que eu não comia carne e eu consegui durante todos esses anos um controle bom sobre nutrientes, mesmo eu não comendo carne. Eu faço exercício físico, eu tomo sol, eu não tenho uma vida restritiva, mas eu tenho uma vida cuidadosa com o meu corpo, eu quero que ele funcione, pois eu moro nele! Então eu quero que ele funcione, que ele pare em pé e me dê qualidade de vida. (UIARA, 30 anos)

Uma pessoa saudável é que consegue se alimentar de forma equilibrada – nem exageros nem restrições. É isso que eu busco, satisfazer minhas vontades, comer o que eu quero, quando quero, mas também conseguir comer minhas saladinhas, minhas frutinhas, não beber tanto, essas coisas. Alguém que pratique exercício ao menos uma vez por semana, que não se estresse com o trabalho, que tenha uma saúde mental em dia. (AURORA, publicitária)

Pra mim um corpo saudável é o que funciona. Eu sinto que no meu caso quando eu engordo mais eu começo a dormir pior, porque eu começo a girar a noite, daí eu ronco muito, eu tenho um pouco de apneia e meu esposo já me acorda porque eu to quase engasgando e eu me sinto mais cansado. Então assim, é um corpo que funciona nesse sentido de tipo, eu adoro caminhar, adoro fazer passeios ao ar livre com os meus amigos. Uma coisa que é importante também é estar com o fluxo intestinal bom. Eu sinto que eu entendi que dentro de uma variação, eu fico tentando ter uma alimentação dita mais saudável, e eu emagreço, mas dentro desse contexto eu continuo gordo, mas tem um continuar gordo nesse contexto em que meu intestino funciona melhor, eu durmo melhor, me sinto mais disposto, então é esse meu objetivo. Eu me ligo muito nessas coisas, então sempre que eu começo a me sentir cansado, tipo outro dia eu quis subir uma escada e fiquei super cansado, daí eu entendo que preciso voltar pra academia. Então é isso, quando eu tento fazer alguma coisa que eu quero. Interfere o que eu como e atividade física que eu faço, pra eu ter energia pras coisas. Minha luta é com o funcionamento constantemente. (IURI, 29 anos, psiquiatra)

Pra um corpo ser saudável primeiramente a mente deve estar saudável. Pra você ter uma mente saudável você tem que ter pessoas que te apoiem em qualquer circunstância. A gente sabe que hoje em dia, com tanta informação, a gente ainda fica pecando, desprendendo a energia por coisas absurdas e preconceituosas do tipo ‘você só é gordo porque come muito’, de que gordo não faz atividade física etc., isso não dá mais. Você tem que ter uma rede de apoio, que não fiquem fazendo se sentir insegura por aquilo que você é. E além de uma mente saudável, ter uma alimentação saudável é sempre bom e ter

uma prática de exercício físico independente se você for gordo, se for magro, todo mundo precisa disso pra ter uma longevidade. (JULIANA, 26 anos, modelo)

A história de Sol, como todas que compartilhamos aqui – inclusive a minha –, serve como ponto de partida para pensar criticamente acerca das políticas de cuidado em saúde propostas na atualidade para pessoas gordas, que têm como foco o emagrecimento. Dessa maneira, é importante ter em mente, conforme Vogel (2016), que, como sexo ou raça, a gordura corporal é um caso no qual o biológico e o discurso médico importam politicamente, na medida em que dados biológicos a respeito do corpo e seus respectivos pesos e medidas servem como munição em debates acerca da obesidade e os riscos a ela relacionados. De acordo com a autora

Diferentes relatos do suporte corporal ou implicam diferentes posições morais e políticas e interferem com o que com excesso de peso pode ser. Um engajamento científico social sensível à política do excesso de peso permite diferentes formas de conhecer os corpos, incluindo aqueles emergentes em práticas mais marginais (VOGEL, 2016).

Nesse sentido, compreender tais corporalidades respeitando suas complexidades, sem tratá-las como um grupo fixo determinado por níveis de IMC ou medidas de circunferência abdominal pode abrir caminhos para que possamos pensar em garantias de cuidado efetivamente acolhedores para pessoas gordas. No decorrer dos capítulos, vimos que, de maneira geral, apesar de serem consideradas corporalidades adoecidas *a priori*, pessoas gordas não encontram em espaços de cuidados em saúde a possibilidade de garantia de bem-estar, muito pelo contrário. Seja porque as práticas em saúde pensadas para essas pessoas se inscrevem no que apresentamos como Políticas de Finamento, que preconizam a saúde como diretamente relacionada com a perda de pesos e medidas, seja porque o discurso moralizante que recai sobre pessoas gordas as colocam em um lugar de vulnerabilidade no qual a negligência nos atendimentos, comentários humilhantes ou mesmo a falta de acesso a aparelhos, macas, máquinas de exames, ambulâncias são impeditivos, ainda que amplamente defendidos como cuidado à saúde, para a realização de um atendimento minimamente humanizado.

Nesse sentido, a partir da percepção múltipla acerca da gordura corporal, fica em questionamento seu enquadramento como patológico por si só, compreendendo que tais determinações são também frutos de ficções forjadas nos processos de medicalização da sociedade, no desenho de políticas públicas, criminalização da pobreza, racismo, dentre outros fatores e discursos que se relacionam com as normas acerca de corpos e saúde. Apenas nos exemplos trazidos aqui, é possível ver a gordura

corporal relacionada com uma série de elementos: religiosidade, força corporal, mercado de desejo, dentre muitos outros que poderíamos pensar. Reforça-se, assim os questionamos, dessa forma, as fronteiras fixas entre o que é considerado Saudável x Patológico, cultural x biológico, compreendendo que tais limites estão sempre em jogo a depender de interesses, temporalidades e contextos trazidos à tona anteriormente citados.

Nessa perspectiva, ao compreender que a gordura corporal está relacionada com realidades (e corporalidades) múltiplas, abre-se a possibilidade de enxergar a robustez sob outras lentes. Por exemplo, para João, ser um corpo gordo e pesado é também ser denso o suficiente para dar sustentação para os muitos quilos carregados, arremessados e sustentados em práticas de exercício de força. Para Caio, o fato de ser um homem gordo o inscreve em um nicho de mercado de desejo, abrindo mais possibilidades para a vivência de sua sexualidade. Essas narrativas abrem campos para imaginarmos incontáveis possibilidades de vivências, nas quais a gordura corporal pode (ou não) exercer um papel central, mas certamente dá indícios de que estamos todos produzindo formas novas de povoar o mundo.

No próximo tópico, poderemos pensar em medidas que já são colocadas em prática para garantias de cuidados em saúde para pessoas gordas a partir do que fui encontrando durante meu percurso de pesquisa de campo. Nesse momento, linhas e costuras delineiam cenários, práticas, processos distintos que as pessoas lançam mão na construção de uma vida plena e na composição de cuidados diversos consigo e com os outros.

4.3 Práticas diversas de garantias de cuidados em saúde

Neste tópico, apresentarei algumas práticas de cuidados em saúde oferecidos em cenários muito diferentes: no Canadá, na Argentina e no Brasil. Tais projetos serão apresentados não como modelos, de forma normativa, mas como possibilidades de reflexão sobre disposições alternativas envolvendo gordura corporal e saúde/doença, de modo a pensar a contingencialidade dos arranjos guiados pelas Políticas de Finamento, abrindo espaço para que possamos desenhar, através de novas tramas e cenários, outras formas de cuidado em saúde para corporalidades gordas.

4.3.1 Canadá: *Pratique Inclusive e Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines (CPGs)*

Durante a pesquisa, tive contato com um coletivo de nutricionistas canadense chamado *Pratique Inclusive* que, a partir de formações e organização de espaços de discussão em forma de workshop inspiradas na HAES, propõe um espaço de formação para profissionais de saúde sobre a importância de uma atuação não gordofóbica em seus espaços clínicos. Em sua página do Instagram, esse grupo promove constantemente oficinas e eventos que apontam para a importância de promover cuidados mais acolhedores às corporalidades gordas e os malefícios que o modelo biomédico patologizante pode causar ao promover uma preocupação central na perda de pesos e medidas.

A primeira atividade junto ao coletivo foi uma oficina que buscava discutir a interferência do racismo em como são pensados os corpos gordos na atualidade. Na oficina, intitulada "*Les compétences culturelles et le poids*" e ministrada por uma nutricionista, foram discutidas as relações entre interseccionalidade, níveis de IMC e noções de ideais de beleza e saúde. Foi surpreendente, naquele momento, encontrar um espaço ministrado por uma profissional de saúde canadense negra, discutindo o tema da atividade a partir da (e citando a) obra da socióloga norte americana Sabrina Strings, *Fearing the Black Body: The Racial Origins of Fat Phobia* (2019), que, inclusive, apresentei nos capítulos anteriores.

Nessa oportunidade, pude me apresentar e assim estreitar os laços com o grupo, que é composto por Julia Lévy-Ndejuru Dt. P (mulher negra, cisgênero, nutricionista e psicóloga com mestrado em nutrição), Marilou Morin Dt. P. (mulher branca, cisgênero, nutricionista) e Lisa Rutledge Dt. P. (mulher branca, cisgênero, nutricionista). Em função da COVID-19, não foi possível o encontro presencial, o que não foi um impedimento para um contato constante por mensagens nas redes sociais e reuniões via videochamada. Em uma dessas conversas, fui apresentada com a possibilidade de participar da formação intitulada *Pratique Inclusive*, organizada pelo coletivo. O curso é oferecido de maneira *online* e tem 10 horas de conteúdos em vídeos gravados, espaços de discussão ao vivo previamente combinados, sessões mensais de perguntas e respostas

em um grupo privado do Facebook, bem como acesso às aulas e bibliografia científica baseada no HAES, na plataforma da formação.



Figura 43 foto do Site Pratique Inclusive. Com um fundo cinza e o nome do grupo escrito em destaque na cor branca. Nas bordas, ilustrações coloridas que remetem a folhagens e frutas.

Apesar dos obstáculos impostos pelo conhecimento superficial do idioma francês (é uma das prerrogativas do grupo a tradução para o francês, na medida em que a maior parte das publicações do HAES é feita em inglês), considero que a possibilidade de trocas com essas profissionais, bem como a de fazer tal formação em contato com profissionais de saúde do Canadá, representou uma abertura de caminhos para a proposição de cuidados aqui delineados. Falando especificamente do cenário canadense, o guia publicado pelo *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)* intitulado *Obesity in adults: a clinical practice guideline* e assinado por dezenas de profissionais de saúde propõe novas formas de abordagens e tratamentos para pessoas consideradas obesas, reconhecendo que pessoas gordas sofrem com estigmas e violências que contribuem para a sua mortalidade e os agravamentos de possíveis complicações em saúde.

A criação desse guia, no cenário canadense, ocorre a partir de políticas e campanhas que demonstram um real interesse em oferecer de fato saúde para essa população, já que, muitas vezes, percebe-se o aumento de situações de violência, estigmatização, transtornos alimentares e adoecimentos dos mais diferentes tipos. A gordura nos corpos é pensada, dentro dessas políticas e diretrizes, como diretamente relacionada com maus hábitos e saúde debilitada. Porém, embora fique explícito, nesses manuais, que corporalidades gordas devam ser compreendidas na sua totalidade, a partir de proposições de atendimentos mais acolhedores, sendo a sugestão de procedimentos cirúrgicos e de dietas a depender de cada caso e a partir do desejo do paciente, percebe-se, explicitamente, que todas as ações desenhadas para a garantia de

uma melhor qualidade de vida para pessoas gordas estão direcionadas a rotinas e tratamentos que levam à perda de peso e medidas. Ao relacionar corporalidades gordas a comportamentos considerados nocivos como o tabagismo, alimentação não saudável, inatividade física, problemas com o consumo de álcool, atualiza-se, nesses manuais, o estigma e a patologização de tais corpos.

Paradis (2016) destaca que, diferentemente do discurso predominante em publicações médicas norte-americanas, nas quais tratamentos e políticas são direcionados para soluções mais individualizantes, no Canadá o tom das políticas e cuidados voltados à gordura corporal é pensado a partir de um contexto mais relacionado com o coletivo. Há, segundo ela, uma crescente tendência a pesquisas preocupadas com políticas direcionadas a crianças e maternidade, a partir de uma ação projetada no futuro da população canadense. Ou seja, em suas palavras

O “vírus retórico” (Gard 2010, 7) da obesidade como uma epidemia não pegou entre os pesquisadores canadenses. Em última análise, a medicalização da gordura levanta a questão fundamental: a quem pertence o significado de gordura corporal? É o estabelecimento médico, os governos ou as pessoas gordas e não tão gordas que sofrem em uma cultura que às despreza e as condena como uma sentença de morte? (PARADIS, 2016, tradução livre)

O que pude perceber, durante a pesquisa de campo, foi uma crescente preocupação de organizações como a *Obesity Canada* em promover pesquisas, encontros e discussões a partir de um viés que, de um lado, toma a gordura corporal como um problema de saúde pública que precisa ser controlado, mas, concomitantemente, percebe que há uma gama de possibilidades de garantir cuidados em saúde mais acolhedores e não violentos para pessoas gordas, o que pode ser percebido materialmente a partir da publicação do *Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines (CPGs)*, que tem destacado como pontos-chave:

- *A obesidade é uma doença prevalente, complexa, progressiva e crônica, caracterizada por uma acumulação anormal ou excessivo gordura (adiposidade), que prejudica a saúde.*
- *As pessoas que vivem com obesidade enfrentam preconceitos e estigmas substanciais, que contribuem para o aumento da morbidade e mortalidade independentemente do peso ou índice de massa corporal;*
- *Essa atualização das diretrizes reflete avanços substanciais nos determinantes epidemiológicos, fisiopatológicos, na avaliação, prevenção e tratamento da obesidade e muda o foco da gestão da obesidade para uma atenção centrada no paciente, em vez de um enfoque direcionado apenas na perda de peso.*

- *Os cuidados com a obesidade devem basear-se em princípios de gestão de doenças crônicas, deve validar a experiência vivida pelos pacientes e ir além de abordagens simplistas de “comer menos, mova-se mais” e aborde as principais causas da obesidade.*
- *As pessoas que vivem com obesidade devem ter acesso a informações com base em evidências, incluindo terapia nutricional médica, atividade física, intervenções psicológicas, farmacoterapia e cirurgia (WHARTON MD, SEAN et al., tradução livre, 2020, p. 02).*

Em conversa com a diretoria do *Obesity Canada*, pude conhecer um pouco mais acerca da organização e, mais do que isso, compreender de forma geral como tem sido percebida a questão da gordura corporal no Canadá. A organização tem como principal lema: *Respect. Knowledge. Action*. É considerado o principal grupo que agrupa profissionais de saúde, legisladores, pesquisadores e pessoas em geral que são consideradas obesas. A criação do guia foi, de acordo com a diretoria, pensada para promover uma melhora na vida dos canadenses considerados obesos buscando uma atuação que trabalhe a partir de pesquisas, defesa de direitos e educação da sociedade em geral sobre as complexidades da obesidade. A organização reconhece que espaços de cuidados em saúde podem ser violentos para pessoas gordas e, por isso, trabalha com o objetivo de modificar o modo como profissionais de saúde atuam em suas práticas cotidianas e, também, a partir de *Evidence-Based Action* enfrentar os estigmas relacionados com a gordura, promovendo prevenção, tratamento e políticas mais acolhedoras para o tratamento dessa considerada doença crônica.

Porém, a partir das entrevistas com profissionais de saúde, percebe-se que, apesar da importante repercussão do guia desde a sua publicação para além de periódicos das áreas médicas em geral, poucos profissionais do Quebec utilizam o documento em sua prática. Apenas as nutricionistas criadoras do *Pratique Inclusive*, supracitado, que trabalham diretamente com uma perspectiva baseada no HAES tinham conhecimento pleno do documento e, inclusive, utilizavam-no no curso que promovem para profissionais de saúde.

Tanto as fisioterapeutas quanto a trabalhadora do *Centre de Santé des Femmes de Montréal* sequer haviam lido o documento, apenas sabiam de sua existência superficialmente. Apesar de não conhecerem e não aplicarem o documento em sua prática profissional, reconheceram a importância dessa publicação em prol de um cuidado mais acurado e respeitoso para pessoas consideradas obesas. Em todas as conversas, compreendi que isso se dá pela complexidade do sistema de saúde

Canadense e, em especial, do Quebec que propõe políticas e cuidados que visam à coletividade.

Conforme trazido na conversa com a diretoria do *Obesity Canada* acerca do Guia, há uma tentativa, a partir da aplicação dessas práticas propostas, de que a obesidade não seja relacionada intimamente com o peso e o nível de IMC, por serem considerados insuficientes. O guia *Obesity in adults: a clinical practice guideline* (2020) foi uma atualização de uma diretriz similar que não era atualizada desde 2006. A versão atualizada foi financiada pela *Obesity Canada*, pela *Canadian Association of Bariatric Physicians and Surgeons* e *Canadian Institutes of Health Research*.

Esse documento foi assinado por dezenas de profissionais de saúde e propõe novas formas de abordagens e tratamentos para pessoas consideradas obesas. A publicação enfatiza que pessoas gordas sofrem com estigmas e violências que contribuem para a mortalidade e agravamentos em saúde, independentemente dos pesos e medidas. Há, nessa publicação, uma percepção de que avanços de pesquisas de várias áreas, desde epidemiológicas a fisiopatológicas, demonstraram que ações voltadas à perda de peso não surtem efeitos positivos para a garantia de saúde. São propostas práticas voltadas ao que o paciente demonstra como necessidade e, além disso, é assinalado que o cuidado deve ser manejado para gestão de doenças crônicas, se for o caso, a partir das possibilidades e necessidades do paciente.

O guia demonstra a descrição de procedimentos e cuidados que devem ser seguidos pelos profissionais de saúde com relação a pacientes considerados obesos. Apesar de ainda ter como pano de fundo a perspectiva de corpos gordos como adoecidos que precisam de tratamento e corroborar com pesquisas que trazem índices alarmantes como *um aumento na taxa de obesidade triplicado nas últimas três décadas no Canadá, e agora cerca de um em cada quatro canadenses é obeso, de acordo com o Statistics Canada*⁶¹ (BBC, 2020), o documento revela-se importante por considerar que a garantia de saúde para tais pessoas não deve ser centralizada em dietas restritivas e encaminhamentos cirúrgicos precipitados.

No gráfico a seguir, encontra-se o percurso sugerido, pelo *guideline*, que o profissional de saúde deve seguir no tratamento e cuidado de pessoas consideradas obesas. Em todos os passos, configura-se a importância do diálogo entre paciente e profissional, além de abordagens que digam respeito à vida do paciente e possíveis causas do ganho de peso e as necessidades do paciente em relação à gordura corporal.

⁶¹ Matéria da BBC intitulada: *Obesity not defined by weight, says new Canada guideline* publicada em 4 de agosto de 2020. Link: <https://www.bbc.com/news/world-us-canada-53656651>

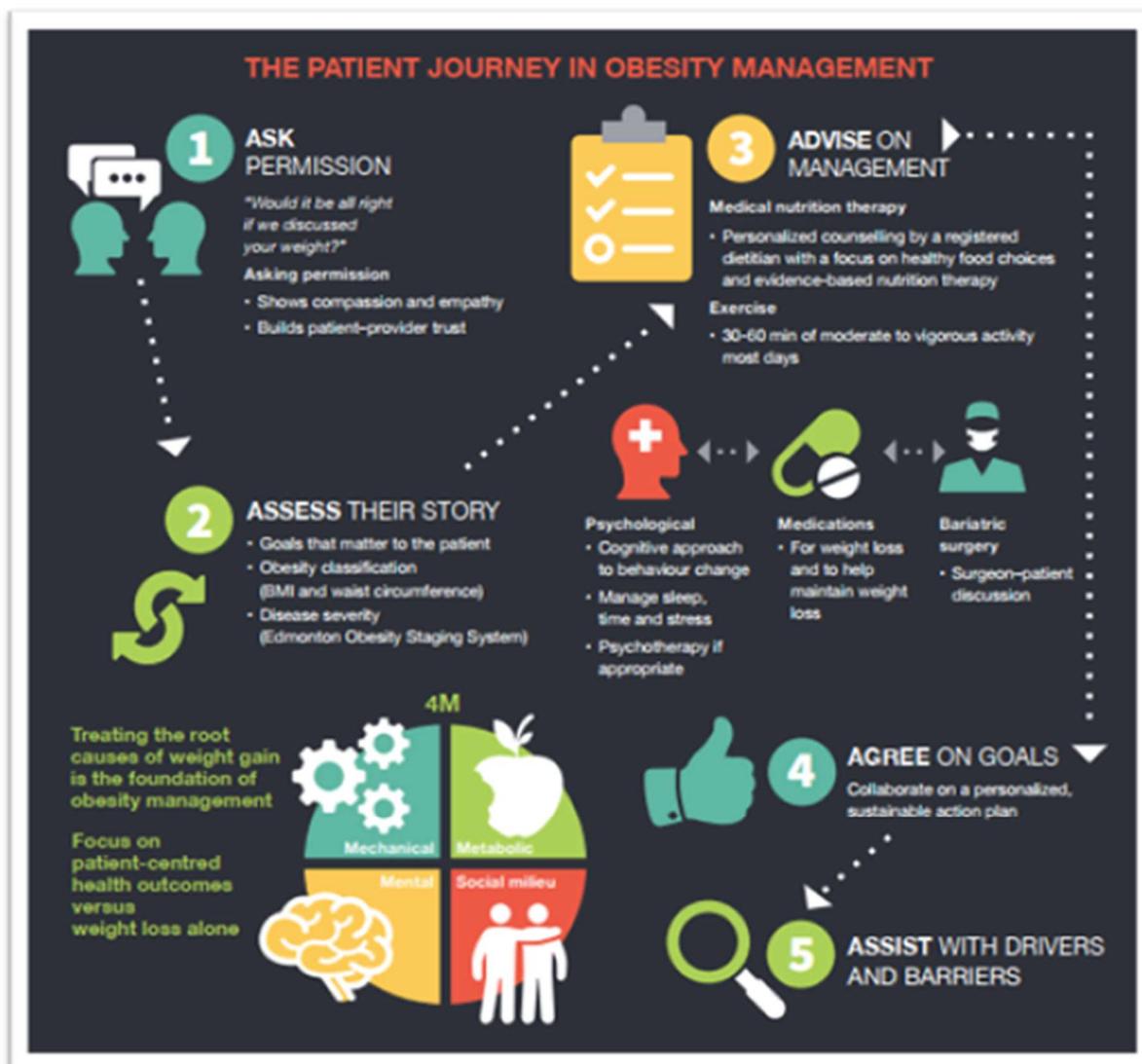


Figura 44 - Gráfico demonstrativo da jornada do paciente no manejo da obesidade (CPG) (WHARTON, Sean et al, 2020)

O documento informa, de maneira resumida, os cinco passos para o manejo da gordura corporal (WHARTON, Sean et al, 2020):

1. Reconhecer a obesidade como uma doença crônica, porém com causas múltiplas. O profissional deve pedir permissão ao paciente para fornecer aconselhamento acerca do seu peso;
2. Avaliar o paciente usando medidas apropriadas, identificando causas e complicações existentes;
3. Discutir com o paciente as principais opções de tratamento, aconselhamento nutricional, terapia psíquica e atividade física e outras terapias que podem vir a ser usadas como fármacos e intervenções cirúrgicas;

4. Conversar abertamente com o paciente acerca dos objetivos do tratamento e considerar os valores do próprio paciente em relação a sua condição de saúde;

5. Favorecer o engajamento do profissional de saúde com o paciente, garantindo acompanhamento continuado de acordo com as necessidades de cuidado apresentadas;

Em um estudo publicado na *European Journal of Internal Medicine* intitulado *The 3Ds – Discussion, diagnosis and direction: Elements for effective obesity care by healthcare professionals* de Alfadda et al. (2021), propõem a formação de profissionais de saúde em uma abordagem denominada 3D – Discussão, Diagnóstico e Direção, para o melhor manejo de cuidados em relação à gordura corporal. De acordo com os autores, uma formação adequada pode promover uma melhor atenção e melhores resultados com pacientes que acessam serviços de saúde e desejam perder pesos e medidas.

Um estudo de Lines et al. (2010) afirma que a baixa renda foi mais fortemente associada ao diabetes, do que um índice de IMC elevado isoladamente. O estudo tinha como objetivo compreender como se poderiam melhorar os serviços de saúde para populações vulneráveis com diabetes tipo 2, levando em conta os determinantes sociais da saúde. O estudo concluiu que uma renda adequada e acesso a recursos ajudariam na prevenção e no controle ideal do diabetes do tipo 2, e não meramente a sugestão de perda de peso.

No guia *Obesity in adults: a clinical practice guideline* (2020), são apresentados diversos avanços de pesquisas de várias áreas, desde epidemiológicas a fisiopatológicas, que demonstraram que ações voltadas à perda de peso não surtem efeitos positivos para a garantia de saúde. No documento, são propostas práticas voltadas às necessidades demonstradas por cada paciente, o reconhecimento de tais necessidades, bem como os limites e desafios de cada caso. Além disso, é assinalado que o cuidado deve ser manejado para gestão de doenças crônicas, se for o caso, conforme as possibilidades e necessidades do paciente. Sinaliza a importância de reduzir o preconceito e estigma relacionado com o peso, propondo intervenções interdisciplinares focadas no paciente, com o intuito de garantir o bem-estar de pessoas gordas. Apesar da importância do documento para desenhar políticas de cuidado em saúde mais abrangentes, é necessário destacar a crítica pela utilização do diagnóstico de obesidade e, dessa maneira, a manutenção da importância da patologização desses corpos.

4.3.2 Argentina: Cuadernillos de Sensibilización sobre Temáticas de Diversidad Corporal Gorda

Trazendo para um cenário mais aproximado com o Brasil, em dezembro de 2021, aconteceu, em Buenos Aires /Argentina, o evento intitulado “*Gordofobia y pesocentrismo*” que inaugurou um ciclo de intercâmbios que busca incorporar uma perspectiva de diversidade corporal nas políticas de saúde. Tomei conhecimento da atividade a partir de postagens em redes sociais de contatos com militantes antigordofobia da América Latina, que conheci em Bogotá, Colômbia, no ano de 2019, durante o *I Encuentro de Activismos Gordes del Abya Yala y la Diáspora Africana GORDES RESISTENCIA Y REBELDÍA*, já citado em capítulos anteriores. O encontro argentino faz parte da proposição de debates chamada Diversidade Corporal e Políticas de Saúde e se configura em uma tentativa de mudança de paradigma que leva em conta a diversidade sexual, corporal e de gênero, para propor uma abordagem voltada para os Direitos Humanos e a Saúde Integral. As atividades são fruto do trabalho conjunto entre *Dirección Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades no Transmisibles; la Dirección de Salud Perinatal y Niñez; la Dirección de Adolescencias y Juventudes, y la Dirección de Géneros y Diversidad* junto ao *Ministerio de las Mujeres, Políticas de Género y Diversidad Sexual* da Argentina.

O evento foi transmitido ao vivo pela plataforma de vídeo Youtube⁶². Destaco a fala da ativista Laura Contrera, que tratou especificamente sobre a violência sofrida por pessoas gordas na busca por cuidados em saúde, quando diz: “*É preciso repensar em diferentes áreas, como escolas médicas ou centros de estudos, nos eixos da diversidade corporal, magreza obrigatória e despatologização, para construir um mundo em que todos os corpos entrem com direitos iguais*”. A ação, além do evento em si, contou com a publicação de duas cartilhas para distribuição entre profissionais de saúde e população em geral para proporcionar novas perspectivas e debates sobre diversidade corporal, especialmente como percepções cristalizadas a respeito de corpos gordos interferem na produção de saúde de grande parte da população. As publicações, intituladas *Cuadernillo de Sensibilización sobre Temáticas de Diversidad Corporal Gorda* nº 1 e 2, trazem textos que, partindo de teorias, relatos pessoais, legislação nacional e sugestão de mídias e oficinas, enriquecem o debate sobre corporalidades gordas, sem perder de vista as discussões relacionadas com hierarquias de gênero e diversidades múltiplas.

⁶² Link do Evento <https://www.youtube.com/watch?v=8Yp7OWUxEvA&t=7s>



Figura 45 - Divulgação do Evento de lançamento do projeto, em Buenos Aires. Com o fundo em vários tons de azul, possui a ilustração de uma mulher surfando em ondas do mar. Acima do desenho o título do documento e abaixo informações sobre o lançamento da publicação, em letras da cor branca. Redes Sociais.

A iniciativa argentina de pensar políticas de acesso à saúde não gordofóbicas que engloba diversos setores de atenção – desde a infância a políticas de gênero e diversidade – é uma proposta rica, que abre caminhos promissores para se pensar em espaços de saúde que caibam corpos de todos os tamanhos, tipos e origens. Acrescento a esse ponto a necessidade de uma perspectiva também dedicada a perceber questões relacionadas com raça e classe, por compreender que tais marcadores também são essenciais para que se pense em garantir cuidados. O que mais me surpreendeu e tornou digno de nota tal iniciativa foi a preocupação em colocar em diálogo personagens que trabalham diretamente na promoção de políticas públicas como gestores e representantes do governo argentino, quanto uma voz que tem destaque na militância feminista e antigordofobia Laura Contrera. O debate proporcionado pela transmissão traz para o domínio público a importância da defesa de abordagens não gordofóbicas por profissionais de saúde e efetiva a necessidade de se pensar marcadores sociais e garantias de direitos humanos como ponto essencial para a garantia de cuidados em saúde para a população.

4.3.3 Brasil: Saúde sem Gordofobia

Em se tratando de Brasil, destaco a atuação do projeto Saúde Sem Gordofobia, que tem exercido um importante papel de aproximação entre pessoas gordas que precisam de cuidados em saúde e profissionais da medicina diversos. Descubri a página a partir da rede de contatos com pessoas envolvidas na militância antigordofobia. A página no Instagram conta atualmente com mais de 28 mil seguidores e foi criada pelas psicólogas e mulheres cisgênero, brancas, ambas gordas, Gabi Menezes e Laís Sellmer, com quem tive a oportunidade de conversar diretamente. A partir desse espaço virtual, as profissionais fazem uma ponte entre pacientes que precisam de profissionais específicos e organizam um banco de dados de contatos de profissionais de saúde que acionam diretamente a página ou são indicados por pessoas gordas, por terem uma abordagem respeitosa ou também afirmarem esse posicionamento político de defesa da diversidade corporal e antigordofobia. De acordo com Laís, atualmente a página tem o contato de mais de 900 profissionais das mais variadas especialidades: medicina, nutricionistas, podologia, odontologia, massoterapia, educação física, psicologia, dentre outros.

Além de fazer essa ponte entre pacientes e profissionais, o projeto oferece formação e palestras para discutir especificamente o tema da gordofobia em espaços de saúde. Laís, a psicóloga com quem conversei, compartilha que o espaço clínico onde atua profissionalmente é todo pensado para acolher corpos de todos os tamanhos. Para uma prática não gordofóbica, é necessário não apenas uma postura profissional, mas proporcionar um espaço físico confortável a qualquer corporalidade. Para isso, Laís afirma que se preocupou em comprar um mobiliário com sofás e poltronas maiores, em um local com acessibilidade.



Figura 46 - Print da Página do Instagram do Projeto Saúde Sem Gordofobia

Laís, que também é uma mulher gorda, além de compartilhar informações sobre sua atuação profissional e política, também dividiu comigo algumas situações de negligência e constrangimento sofridos por ela mesma. Foi justamente por ter passado por tudo isso que, juntamente com sua colega de profissão – uma outra mulher gorda – decidiram criar esse espaço de curadoria e acolhimento de pessoas gordas que necessitam de atenção profissional. Durante a pandemia, a atuação da página foi de extrema importância, não apenas por ser um espaço que proporcionou escuta profissional e acolhedora para pessoas gordas que estavam vivendo cotidianamente com o medo da morte por serem enquadradas no grupo de risco, mas por colocar em diálogo profissionais da medicina e pessoas gordas que precisavam de um laudo médico para ter acesso à vacina contra a COVID-19.

Importante dizer que a pandemia de COVID-19, que atravessou a produção desta pesquisa, foi algo de extrema importância no que se refere a minha experiência com serviços de saúde no Brasil, o que justifica o destaque dado ao Saúde sem Gordofobia. As criadoras da página trabalharam incessantemente, de forma voluntária, na aproximação entre profissionais da medicina e pacientes por reconhecer a urgência de fazer essa ponte em um momento de emergência sanitária como o que estávamos vivendo. A garantia de acesso à vacinação por pessoas gordas, que viviam (vivíamos) o terror constante de morte, era o principal objetivo da organização.

A partir da Recomendação Nº 073⁶³, de 22 de Dezembro de 2020, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, foi implementada uma política de vacinação para pessoas com o que chamam de obesidade grave (IMC \geq 40) e demais comorbidades como idade superior a 60 anos; diabetes mellitus; doença pulmonar obstrutiva crônica; doença renal; doenças cardiovasculares e cerebrovasculares; hipertensão; indivíduos transplantados de órgãos sólidos; anemia falciforme e câncer. Para ter direito à vacina, as pessoas que se enquadravam nesse critério deveriam comparecer aos postos de saúde com uma documentação de identidade e um laudo médico que comprovassem sua condição. Eu mesma tive que ir em busca de um documento que comprovasse minha “morbidez” dentro desses critérios. Fui ao Posto de Saúde mais próximo, onde uma enfermeira me recebeu, anotou meu peso, mediu minha altura e me entregou um documento contendo o valor do meu IMC, que foi apresentado no momento da vacina.

⁶³ Publicação na página do Ministério da Saúde: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1557-recomendacao-n-073-de-22-de-dezembro-de-2020>

Eu não tive nenhuma dificuldade nesse processo, mas diversas pessoas encontraram empecilhos em conseguir essa documentação. Diversos casos sobre pessoas que tiveram o laudo negado eram constantemente divulgados nas redes sociais de pessoas envolvidas com a militância antigordofobia, demonstrando o paradoxo de ter o corpo gordo considerado um risco de morte iminente e mesmo assim não ter o direito de acesso à vacinação concedido, apesar da recomendação publicada pelo Ministério da Saúde. A página Saúde sem Gordofobia realizou uma série de mutirões que contavam com a participação de médicas voluntárias que elaboravam laudos para pessoas gordas que se inscreviam previamente na página, para que, com esse documento, pudessem ter acesso à vacinação. A atuação foi toda organizada pelas administradoras e ganhou uma repercussão grande, dando espaço de voz e divulgação para o projeto.

A principal prerrogativa do projeto, de acordo com Laís, é a validação da gordofobia como uma violência real, para que, a partir disso, possam ser pensadas possibilidades de defesa e acolhimentos novos a pessoas gordas. Reconhecer e dar visibilidade a dores que passamos dentro de espaços de cuidados em saúde é o primeiro passo para que se possa buscar novas formas de atenção a corporalidades diversas.

Nesse sentido, fica evidente a complexa relação entre cuidados em saúde, patologização de corpos gordos e não violência. O coletivo, ao reconhecer a urgência do momento que estávamos vivendo, bem como a dificuldade enfrentada por pessoas gordas para acessar serviços de saúde, teve, no centro de suas ações, a aproximação entre pacientes e profissionais da medicina para que o direito à vacinação fosse garantido a essas pessoas. E mais do que isso, descortinou o paradoxo acerca do sentido de urgência alimentado pela mídia e por profissionais de saúde da época: se nossos corpos gordos estavam classificados como grupo de risco, que tipo de políticas serão promovidas para garantir a nossa segurança e sobrevivência? A partir dessa iniciativa do Saúde sem Gordofobia, entendemos que não se trata de negar a importância e a necessidade, em alguns casos, de uma atenção a tratamentos médicos, mas a urgência em garantir tais acessos a partir de uma perspectiva mais aberta a diversidade corporal e livre de moralidades e hierarquizações de práticas, corpos e cuidados.

4.4 Considerações sobre cuidado e despatologização de corporalidades dissidentes

Tanto o curso proposto pelo coletivo canadense *Pratique Inclusive* quanto as ações desenvolvidas na Argentina e a atuação do grupo Saúde sem Gordofobia podem ser pensados como inscritas em novas possibilidades de construção de cuidados, inspiradas pela lógica do cuidado múltiplo, conforme proposto por Mol (2008). Um cuidado que é pensado no cotidiano dos atendimentos, na aposta em melhorar a qualidade de vida e garantir o bem-estar alinhado com as reais necessidades e potencialidades de cada paciente, de cada corpo e respeitando as complexidades de cada caso. O curso proposto pelas nutricionistas canadenses proporciona além de um espaço de formação teórico em discussões mais alinhadas a modelos de atenção voltados à produção de saúde sem enfoque em pesos e medidas: propicia um local de encontros e discussões sobre situações cotidianas que esses profissionais de saúde se deparam na sua atuação prática.

As ações desenvolvidas na Argentina, que convergem em atuações em diferentes frentes e que compreendem a gordofobia como uma pauta que merece atenção de atores múltiplos na garantia de direitos de acesso à saúde da população, representam um passo adiante, a meu ver, ao proposto pelo guia publicado pelo *Canadian Medical Association Journal* (CMAJ) intitulado *Obesity in adults: a clinical practice guideline* analisado anteriormente. Para mim, o material argentino articula vários campos de atuação políticas e, assim, diversos sujeitos na sua implementação, abrindo espaço tanto para a conscientização da população sobre temas relacionados com a diversidade corporal e gordofobia, além de proporcionar a profissionais de saúde um material formativo acerca dessas discussões. O guia canadense, além de circular exclusivamente apenas entre profissionais de saúde, não tem uma participação popular e militante tanto na sua formulação quanto na implementação de suas propostas na prática.

Para que possamos refletir e propor novas formas de cuidados em saúde, é imprescindível reafirmar que este trabalho parte de uma compreensão da saúde ampla e dinâmica, conforme proposto por Canguilhem (2009). De acordo com o autor, como discutido anteriormente, a vida é cambiante e as pessoas estão, a todo momento, produzindo novas formas de habitar o mundo e produzir bem-estar para si.

Dessa maneira, como esta pesquisa se oferece como uma catalisadora para que novas formas de mundos (e cuidados) possam ser imaginados e colocados em prática, lanço mão também do que Haraway (2016) tem chamado de fabulação especulativa. A autora propõe, dentre muitas coisas, a produção de um conhecimento localizado e tentacular, que conecte muitos campos, temporalidades e objetos. Como forma de ilustrar tal proposição, apresento várias possibilidades *SF* (oriundas do inglês *Science*

fiction – ficção científica), tais como: *string figures* (jogo de cordas), *speculative feminism* (feminismo especulativo), *Science fact* (fato científico), *speculative fabulation* (feminismo especulativo), *speculative fabulation* (fabulação especulativa), dentre outros. Como um conhecimento envolto em muitos emaranhados, compreende a ficção, ciência, ficção científica, como formas possíveis de se teorizar acerca da realidade. Nesse sentido, abre caminhos para que se possam imaginar conexões e caminhos variados, que enquanto tentacular, podem conectar áreas, saberes e atores infinitos.

Nesse sentido, busquei juntar espaços de discussão sobre diversidade corporal para profissionais da saúde e população em geral, linhas de bordado em corredores de hospitais, redes de apoio e trocas de recomendações entre médicos e demais categorias que tenham, em sua prática cotidiana, um novo olhar acerca da gordura. Tudo isso compôs uma *simpoiese* (Haraway, 2016) de saberes, materiais, contextos que constroem juntos cuidados e vivências em um *presente denso* que não nega as complexidades e dificuldades próprias do estar vivo.

E é justamente na proposta de aceitar as complexidades desse presente denso, que a autora propõe pistas para que possamos sobreviver em um mundo já tão degradado. Dessa maneira, Haraway (2016) foge de ideais de resoluções totais, mas traça caminhos diversos a partir do que ela chama de *Simpoiese*, ou seja, um fazer-com que comporta muitos atores para além de humanos. Fazer *simpoiese*, para a autora, é colocar em prática sistemas complexos, situados e diversos, no que ela chama de *mundificação conjunta, em companhia*. Em outros termos, Haraway propõe a importância do engajamento em processos comprometidos em envolver-se na vida uns dos outros (HARAWAY, 2016). Em suas palavras:

Cada projeto compõe uma figura de barbante SF pelo devir-com multiespecie, conformado e emaranhado com seres tentaculares que se agarram e se picam pela continuidade de um Chthuluceno gerativo. Essas mundificações de arte-ciência são holobiomas – ou holoentes – nos quais cientistas, artistas, integrantes de comunidades e seres humanos se envolvem reciprocamente em seus projetos, em suas vidas; passando a necessitar uns dos outros de maneiras diversas, apaixonadas, corpóreas e significativas. Todos esses projetos podem nos dar ânimo em tempos letais; eles são simpoiéticos, simbiogênicos e simanimagênicos. (HARAWAY, 2016, p. 131)

Um primeiro passo para tanto é retomar, ainda que brevemente, uma discussão sobre a despatologização de corpos, um campo de discussões que parte, principalmente, de discussões teóricas, acadêmicas e de organizações políticas acerca das identidades de gênero e sexuais. Corpos transexuais são (como as corporalidades gordas) atravessados por mecanismos de controle que tentam, de alguma forma, reduzi-los a partir de

discursos patológicos e medicalizantes (LIMA, 2014). De acordo com Vergueiro (2012), as identidades transgênero e não cisgênero são desumanizadas a ponto de isso autorizar discursos e práticas repletas de violências e sanções sociais que findam por invisibilizar as individualidades dessa população.

Nesse sentido, de acordo com Tenório e Prado (2015), ocorre um processo contínuo de patologização e psiquiatrização de pessoas não cisgênero, o que promove a negação de processos de autodeterminação e autonomia na gestão de seus próprios corpos. Essas pessoas são, continuamente, reduzidas a estereótipos e estigmatizações que acabam por dificultar seu acesso a serviços de saúde. Corpos gordos, num processo similar, também são patologizados e situações de constrangimentos e violências em espaços de saúde são corriqueiros, como foi possível perceber no decorrer de todo o presente trabalho.

Uma inspiração inicial vem da compreensão dos processos de acolhimento e cuidado a pessoas trans, em uma perspectiva despatologizante de suas identidades, conforme proposta por Marco Aurélio Máximo Prado (2018), em seu ensaio intitulado *Ambulare*. Nele, o autor descreve suas práticas, conversas rotineiras e encaminhamentos de pacientes a partir de sua experiência acompanhando o Ambulatório Amélio Marques, do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, mais especificamente, o ambulatório de transexualidades, o Craist (Centro de Referência em Atenção Integral para Saúde Transespecífica). Prado mostra os caminhos forjados por si mesmo, e a partir de tais encontros, para perceber outras maneiras de se pensar o acolhimento de pessoas que buscavam os serviços, compreendendo que oferecer possibilidades de cuidado em saúde se faz também na afirmação daquelas identidades.

Para Prado (2018), a despatologização configura uma tarefa complexa para um trabalhador de saúde dentro de um hospital, onde, de acordo com ele, todas as experiências são o tempo inteiro diagnosticadas, classificadas e encaminhadas para tratamento. O autor ressalta que tal perspectiva é repleta de desafios novos, *circunscrita em uma luta cotidiana contra nós mesmos, digo nós, os profissionais que sobrevivem em suas inteligibilidades pelos diagnósticos e códigos, pelos processos classificatórios e terapêuticos* (PRADO, 2018, pg 20).

Esse tratado não teórico acerca da despatologização nas práticas cotidianas de cuidado em saúde traz reflexões importantes também para mim, na tentativa de propor

outras formas de se pensar (e cuidar) de corpos gordos. O escrito propõe que diagnósticos, na prática cotidiana, assumem materialidade e produzem violências diversas. Nas palavras de Prado (2018),

Nas miudezas é que se aprende que despatologizar não é desassistir, muito pelo contrário, é colocar o cuidado à saúde no lugar do cuidado co-responsável. Desdiagnosticar não é abandonar. Ao revés, despatologizar é perceber que há uma diversidade corporal, de gênero, de sexualidade e essa diversidade legítima tem singularidades históricas e pessoais que precisam ser cuidadas. Isso que se chama pensar a despatologização a partir das materialidades, ou seja, nas miudezas do fazer com o outro. (PRADO, 2018, p. 50)

Assim, afirmar a luta pela despatologização de corpos gordos não significa dizer que tais corporalidades não serão pensadas como corpos que podem vir a adoecer (como acontece com todos os corpos). A defesa de cuidados que respeitem a diversidade corporal propõe, na realidade, que cada corpo seja percebido a partir de suas potencialidades e que as diferenças não sejam hierarquizadas nem patologizadas, mas colocadas em jogo no fazer do cuidado – que abrange muito além de procedimentos e ações diretamente ligadas ao campo biomédico.

Importante destacar, também, a direta inspiração em abordagens anticapacitistas dos estudos feministas das deficiências (GESSER; BLOCK; MELLO, 2020), que propõem um rompimento com opressões direcionadas a pessoas com deficiência a partir da proposição de aleijar/produzir fissuras em campos do conhecimento que hierarquizam as corporalidades a partir do que se entende enquanto suas competências, de acordo com uma sociedade capitalista e excludente, em busca de uma sociedade capaz de conviver com as diversidades corporais. O capacitismo, de acordo com as autoras, é uma opressão estruturante e estrutural, pois constitui sujeitos, organizações e instituições com base em um padrão do que é ser um corpo “normal” a partir de suas capacidades.

Tais normas colocam corpos de mulheres, pessoas negras e indígenas, LGBTQIA+ e com deficiência como incapazes ou considerados inferiores ao homem branco, hétero, cisgênero e não deficiente. Além disso, as capacidades que dão corpo ao capacitismo são produzidas também em discursos biomédicos que culminam no fortalecimento do binarismo norma/desvio, colocando os que não se enquadram nessas particularidades enquanto abjetos. Dessa forma, existe uma relação marcante entre o capacitismo e práticas eugênicas, pois, com base no pressuposto de *corponormatividade*, foram colocadas em prática violências, encarceramentos, esterilizações involuntárias e extermínio de pessoas com deficiência. O capacitismo, conforme dito anteriormente, também está relacionado com o sistema econômico capitalista, que determina quais

serão os corpos “normais” de acordo com a capacidade dos indivíduos em trabalhar para a manutenção desse modelo de sociedade.

A discussão trazida aqui sobre as Políticas de Finamento demonstra que corpos gordos também estão inscritos nesses processos de *corponormatividade*, sendo constantemente interpelados com o intuito de ‘readequação’ a um ideal magro. Ou seja, corpos gordos também são pensados como incapazes, adoecidos e muitas vezes também lhes são negados o direito de livre circulação nos espaços e, conforme demonstrado por esta pesquisa, são pessoas que têm o acesso a cuidados em saúde negados e/ou negligenciados porque, estruturalmente, os espaços e equipamentos físicos não são pensados para seus pesos e medidas.

Nos enquadramentos dessas políticas, as lógicas de risco são torcidas. Na medida em que corpos considerados gordos são patologizados e compreendidos como corpos em risco iminente de morte ou adoecimento, a busca incessante por emagrecimento a todo custo acaba por produzir outros riscos, que quase nunca são destacados, desde a insatisfação corporal e consequentes adoecimentos psicológicos diversos, como distúrbios alimentares, baixa autoestima, depressão, dentre outros. Isso sem falar de riscos diretamente ligados a procedimentos cirúrgicos que promovem emagrecimento, como os já discutidos em capítulos anteriores, tais como anemia, necessidade de cirurgias plásticas associadas, dentre outros.

Para imaginar cuidados em saúde que superem essas políticas, podemos partir de uma proposta inspirada no cuidado conforme debatido por Mol em *The logic of care: health and the problem of patient choice* (2008). Nesse trabalho, a autora faz um contraponto entre a “Lógica do Cuidado” e a “Lógica da Escolha”. A “Lógica do Cuidado”, nos termos de Mol, diz respeito à vida com uma doença e com tudo que está envolvido no cotidiano das pessoas, da família e dos profissionais de saúde, tendo um caráter de responsabilização coletiva. Mol (2008), assim, compreende o cuidado como essencial para o manejo e prevenção de doenças, ainda que em muitas práticas esse permaneça invisibilizado ou subestimado. Contudo, de acordo com a teórica, esse cuidado é complexo e supõe um constante processo de aprendizado. Todavia, no que a autora chama de “Lógica da escolha”, tem-se a ideia de que o paciente tem a liberdade de fazer escolhas e precisa arcar com tais consequências. Tal ideia de escolha individual, além de responsabilizar o paciente, coloca ele e o profissional de saúde em posições opostas. Nesse sentido, Mol (2008) aposta na valorização do cuidado como responsabilidade de

todos e múltiplo, na medida em que é feito e refeito no cotidiano do cuidar/viver com uma doença crônica.

Nesse contexto, Mol (2008) afirma que, enquanto na “Lógica do Cuidado” o paciente ocupa o centro das práticas de viver com as doenças, sendo os profissionais de saúde parte desse processo, na “Lógica da Escolha”, pacientes e profissionais têm funções e objetivos distintos. A autora afirma a necessidade de se dar mais atenção à Lógica de Cuidado, por proporcionar tanto a responsabilização coletiva pelo bem-estar quanto por colocar em questão um modelo de produção de saúde movido por metas, resultados.

Há de se destacar, conforme trazido por Maria Puig de la Bellacasa (2017), que, ao falar de cuidado, é preciso ter em mente que esse cuidado tem sido investigado e compreendido de maneiras diversas e que tais conceituações nem sempre estão em concordância. De acordo com a autora, a ética do cuidado tem sido pensada em campos como

psicologia crítica (NODDINGS, 1984), teoria política (TRONTO, 1993), justiça (ENGSTER, 2009), cidadania (KERSHAW, 2005; SEVENHUIJSEN, 1998), migração e estudos trabalhistas (BORIS E RHACEL, 2010), cuidado na ética empresarial e economia (GATZIA, 2011), decisões científicas para o desenvolvimento (Nair 2001), sociologias e antropologias do trabalho em saúde e das ciências da saúde (LATIMER, 2000; MOL, 2008; MOL, MOSER, e POLS, 2010; LAPPÉ, no prelo), no ativismo e estudos sobre deficiência (SÁNCHEZ CRIADO, RODRÍGUEZ-GIRALT e MENCARONI, 2016), cuidados nos procedimentos de responsabilização (JERAK-ZUIDERENT, 2015), políticas alimentares (ABBOTS, LAVIS e ATTALA, 2015), assim como na ética para os direitos dos animais (Donovan e Adams 2010) e nas práticas agrícolas (SINGLETON e LAW, 2013) – para não falar de pesquisas ancoradas nos ativismos de base (PRECARIAS A LA DERIVA, 2004; BARBAGALLO E FEDERICI, 2012), no trabalho social e sanitário e na política (HANKIVSKY, 2004). Mais próximo das trajetórias específicas deste livro, o cuidado também é explorado como uma noção significativa para apreciar as dimensões afetivas e ético-políticas nas práticas do conhecimento e do trabalho científico (ROSE, 1983, 1994; DESPRET, 2004; MULLER, 2012; SUZUKI, 2015; PEREZ-BUSTOS 2014) e como uma política em tecnociência (MARTIN, MYERS e VISEU, 2015) com um significado vital para a ecologia (CURTIN, 1993) e para as relações humanas e não-humanas em mundos naturais culturais (HARAWAY, 2011; VAN DOOREN, 2014; KIRKSEY, 2015) (BELLACASA, 2017).

Bellacasa (2017) faz esse apanhado apenas para demonstrar a multiplicidade de domínios que têm se debruçado sobre o cuidado, o que denota que devem ser respeitadas as múltiplas relacionalidades e diferentes contextos a ele relacionadas. A partir de questionamentos como: *o que é o cuidado? É um afeto? Uma obrigação moral? Trabalho? Um fardo? Uma alegria? Algo que podemos aprender ou praticar? Algo que simplesmente fazemos?*, Bellacasa (2017, p.2) vai além de dizer que o cuidado pode ser todas

essas coisas, a depender dos sujeitos e contextos. Ou seja, para a autora, o cuidado assume uma característica de ontologia e significado ambivalentes.

De acordo com Bellacasa (2017), é necessário ter em mente que o cuidado é ambivalente em ontologia e política. Abordagens feministas têm se dedicado sobre investigações sobre cuidado não por acaso, pois, ao debruçarmos sobre conceitualizações acerca desses temas, essa perspectiva *nos convida a nos envolvermos substancialmente com o cuidado como um território vivo que precisa ser constantemente recuperado dos significados idealizados, das evidências construídas que, por exemplo, associam o cuidado com uma forma de trabalho amoroso primário realizado por cuidadoras idealizadas* (BELLACASA, 2017).

Concordo com o trazido por Cíntia Engel e Helena Fietz (2023) sobre como os estudos da ciência e tecnologia têm contribuído fortemente para discussões acerca do cuidado. As autoras reafirmam a importância da obra de Bellacasa (2017) supracitada, intitulada *Matters of Care: Speculative Ethics More than Human Worlds, na qual a filósofa propõe “pensar com o cuidado”*, fazendo uma relação entre Donna Haraway, Bruno Latour, Annemarie Mol e Joan Tronto de maneira a colocar em evidência uma *política de conhecimento cuidadosa, que atente ainda para as não simples ou inocentes práticas de cuidado em mundos mais do que humanos* (p. 101). Para Engel e Fietz:

O trabalho de Bellacasa insere-se dentro de uma lente metodológica mais ampla que leva tanto a olhar para atores e agencialidades não humanas, como a descer para as práticas, para o modo de fazer em disputa e realização. Pesquisadoras do campo da ciência e tecnologia nos chamam a “pensar o cuidado em seus próprios termos” (MOL, 2008) por meio de um olhar para as práticas, as quais, segundo essa corrente teórica, não antecedem nem precedem o cuidado enquanto valor moral. O cuidado deve ser analisado, portanto, em termos das interações e intervenções que suscita. As perguntas mudam. Reconhecendo-se a multiplicidade do cuidado, deixa-se de focar em “o quê” do cuidado (o que ele é, o que deixa de ser) para pensar sobre como ele é feito, quem (que multidão) o realiza, por que faz e, mais do que isso, quem “se importa” (MOL, 2008, BELLACASA, 2017, *apud* ENGEL; FIETZ, 2023, p.).

Ou seja, seguindo essa proposta de “pensar o cuidado em seus próprios termos” (MOL, 2008 *apud* ENGEL, FIETZ, 2023) é que esta escrita se coloca de forma crítica aos termos nos quais têm sido colocadas as políticas de saúde e a proposição de cuidados para pessoas gordas, na medida em que desenha outras práticas de cuidados e conhecimentos produzidos sobre a gordura corporal. A partir do exercício proposto de não apenas “pensar com o cuidado”, mas “pensar com cuidado” (BELLACASA, 2017, *apud* ENGEL, FIETZ, 2023) reafirmo, como as autoras, a necessidade de uma reflexão constante sobre as práticas, como alguém que “se importa” com esses aspectos e, mais

do que isso, *sobre como “se importar” e sobre por que “nos importamos” com aquilo que estudamos* (ENGEL, FIETZ, 2023).

Em concordância com Cíntia Engel e Helena Fietz (2023), ao pensar o cuidado é importante levar em consideração questões relacionadas com a organização social e interseccionalidades e com o contexto sócio-histórico no qual tais proposições são realizadas, para que *a partir desta abordagem, entender que a atenção a práticas específicas e localizadas não pode prescindir de um olhar mais amplo em que estas sejam situadas dentro dos emaranhados de infraestruturas e políticas locais e globais* (ENGEL; FIETZ, 2023).

Aqui, sigo em concordância com Moraes e Arendt (2013) sobre a importância dos escritos de Mol para a Psicologia Social, ao fazer um paralelo de suas principais contribuições com o proposto por Canguilhem (1976), ao afirmar que *“vida é experiência, quer dizer, improvisação, utilização de ocorrências; é tentativa em todo seu sentido - daí o fato ao mesmo tempo massivo e com frequência mal conhecido, de que a vida tolera monstruosidades. Não há máquina monstro.”* (CANGUILHEM, 1976, p. 138, *apud* MORAES, ARENDT, 2013). A fluidez e a potência da vida diante dos obstáculos do meio, na medida em que essa é composta por experimentações, pode ser comparada à forma como Mol discorreu sobre o viver com diabetes e, especificamente, com a proposta na praxiografia, ou seja, o foco no fazer cotidiano e nas práticas que produzem realidades.

Não seria exagerado afirmar que a aposta nas experimentações próprias da vida, como proposto por Canguilhem (1976), está relacionada com uma defesa de outras formas de se pensar corpos gordos, ou, minimamente, de respeitar a complexidade na tentativa de afirmar diagnósticos fechados. Conforme já discutido anteriormente, décadas de militância antigordofobia foram determinantes para o fortalecimento e consolidação do movimento acadêmico interdisciplinar denominado *Fat Studies*, que, de acordo com Charlotte Cooper (2008), busca uma abordagem diferente das produzidas especialmente por áreas ligadas à medicina. Os *Fat Studies* foram essenciais para o surgimento do movimento Health at Every Size (HAES), que promove a produção de cuidados em saúde, especialmente relacionados com a nutrição e no manejo de adoecimentos associados a distúrbios alimentares, uma atuação que visa ao bem-estar físico e psicológico sem se utilizar pesagem ou contagem de calorias para tal. Esse campo, conforme explica Deb Burgard (2009), coloca luz em práticas de autoaceitação, alimentação saudável e estilos de vida e bem-estar que não trazem em si a necessidade ou o objetivo de emagrecimento.

4.5 Cuidados Contextuais: tecendo vida através de tramas diversas

Levando em consideração os distintos arranjos propostos pelas experiências de intervenção analisadas, assim como as minhas práticas e aquelas das pessoas gordas com as quais compartilhei o percurso da pesquisa, busco sistematizar a noção de Cuidados Contextuais. Ao fazer uma oposição às Políticas de Finamento, que se direcionam com o intuito único de emagrecimento para produzir uma conceituação em saúde, pego carona nas proposições sobre cuidados propostos por Mol (2008), Bellacasa (2017), Engel e Fietz, (2023) e muitas outras teóricas feministas. Volto também à narrativa de uma de minhas entrevistadas - Sol, que além de buscar por cuidados relativos aos campos da medicina, encontra na batida dos tambores e toques de matraca um lugar de produção de vida, que não pode ser desconsiderado. Da mesma forma, Caio (outro entrevistado) se coloca aberto a novas possibilidades de movimentação do corpo com intuítos que ultrapassam o desejo de emagrecimento através do pilates, que faz com que ele se depare com os desafios de cada novo movimento, bem como orgulho ao ultrapassar tais limites.

No mesmo sentido, João permite, através da divulgação em suas redes sociais, a sua rotina de exercícios com alteres pesados, que outras pessoas percebam as muitas possibilidades de força, movimento e precisão que corpos gordos podem realizar, aproximando-se da prática de exercícios físicos a partir de uma motivação diferente da necessidade de emagrecimento. Por fim, volto-me novamente à obra de Gloria Anzaldúa (2021; 2005) para propor que Cuidados Contextuais serão aqui desenhados também com linhas e pontos de bordado para decifrar dores e produzir beleza na proposição de possibilidades em saúde que costurem campos múltiplos nessa constante experimentação que é estar vivo.

A inspiração para essa proposta não remete apenas a contextos diversos no sentido espaço-temporal. Contextual, aqui, faz também alusão ao têxtil. A palavra texto é oriunda do latim *Textum*, que significa entrelaçado, tecido. Como estou partindo também do ato de utilizar do bordado enquanto proposta de cuidado, fabular um cuidado aberto a corporalidades, objetos e sujeitos diversos deveria ter, desde a sua nomenclatura, o compromisso selado com o tramar de fios heterogêneos que proponho.

Além disso, concordo com Marques (2018), quando diz que tanto o ato de tecer quanto o de escrever são um conjunto de ações que tem nas palavras, fibras, páginas, linhas de algodão, entrelaçamentos que constroem significados. Anzaldúa (2005; 2021)

também pensa o tecer como uma forma de ação manual que extrapola o próprio uso da caneta, na medida em que mulheres não brancas se utilizam de seus bordados e tecidos como forma de expressão. Para Anzaldúa (2021), *la mestiza* nasce em uma cultura, mas enfrenta constantemente um embate de valores, por estar na fronteira entre discursos e vivências tão distintos entre si. Cabe a ela o exercício de se manter como elo entre fronteiras. De acordo com a autora,

La mestiza tem que se mover constantemente para fora das formações cristalizadas – no hábito; para fora do pensamento convergente, do raciocínio analítico que tende a usar a racionalidade em direção a um objetivo único (um modo ocidental); para um pensamento divergente, caracterizado por um movimento que se afasta de padrões e objetivos estabelecidos, rumo a uma perspectiva mais ampla, que inclui em vez de excluir. A nova *mestiza* enfrenta tudo isso desenvolvendo uma tolerância às contradições, uma tolerância às ambiguidades. Aprende a ser uma índia na cultura mexicana, a ser mexicana de um ponto de vista anglo-americano. Aprende a equilibrar as culturas. Tem uma personalidade plural, opera em um modo pluralístico – nada é posto de lado, o bom, o ruim, e o feio, nada é rejeitado, nada é abandonado. Não apenas contradições, como também transforma a ambivalência em outra coisa. (ANZALDUA, 2021, p. 325)

Além dessa possibilidade de estar na fronteira de mundos supostamente opostos, *la mestiza* também reafirma a não existência de um Outro homogêneo, que pode ser dominado, descrito e uniformizado como um bloco do que é ‘diferente do normal’. Somos corpos gordos, mas nossas particularidades extrapolam o que níveis e diagnósticos tentam determinar. Esse é, talvez, o primeiro ponto que precisa ser compreendido: a partir do que proponho como Cuidado Contextual, estabelece-se a premissa de que pessoas, corpos, vivências são diversos e que isso precisa ser levado em consideração.

A entrevistada Sol gosta de sentir seu corpo em harmonia com os movimentos da música que produz e busca ter energia para seguir tocando seus instrumentos noite afora. João incentiva, através das práticas de força que compartilha em suas redes sociais, as possibilidades de movimentos que corpos gordos podem alcançar, além de promover o incentivo para a prática de atividades físicas a corpos que, por muito tempo, só ocupavam espaços de academias de ginástica como forma de punição, em busca de um emagrecimento imposto. Caio segue vivenciando sua sexualidade e novas formas de vivências afetivas sem que seu corpo gordo apareça como um empecilho para tal. Nessas histórias compartilhadas, o conhecimento biomédico é acionado em algumas situações específicas, mas não representam a totalidade dessas existências. Por que um diagnóstico com base em uma medida já reconhecidamente insuficiente, como o caso

do IMC, pode servir de base para determinar saúde – ou doença – em vidas, práticas e experimentações tão diversas?

Um segundo ponto na proposição de Cuidados Contextuais também se inspira em *la mestiza*, na medida em que Alzandua (2005) entende que a experiência de vida está conectada tanto a lutas políticas quanto à feitura da arte. E aqui falo especificamente sobre a importância do fazer artístico, em especial o bordado, como produtor de possibilidades de cuidado. Durante a feitura desta pesquisa, foi através das linhas e traços em tecidos que encontrei inspiração para a escrita, bem como aprendi a vivenciar o tempo a partir de uma outra contagem no período de isolamento sanitário.

Além disso, à luz da teoria de *la mestiza* proposta por Anzaldúa (2009), leva em consideração uma visão que vai superar uma mistura sanguínea proposta pela identidade fronteiriça. Para Anzaldúa (2009), essa categoria ultrapassa rótulos, *abre furos em seus muros (p. 187)* e, para isso, utiliza ferramentas teóricas que vão além da caneta. A autora diz que “*Para ativar o conocimiento e a comunicação nós precisamos usar a mão. A mão é uma agente de ação*”. Aqui, produzo conhecimento, me reconecto com o tempo e com meu corpo através da ação manual de contar pontos e atravessar o tecido com a agulha.

Nesses termos, cito práticas, como a apresentada por Kierniew et al. (2020), uma pesquisa intervenção feita nas imediações de um hospital na cidade de Porto Alegre, na qual pacientes diagnosticados com dor crônica eram convidados a contar histórias através do bordado livre enquanto mediador, feito em um tecido grande que ficava disposto sobre uma maca hospitalar. A atividade, que recebeu o nome de *Ateliê Jardim de Histórias*, dava-se a partir de encontros em que pacientes e profissionais de saúde compartilhavam suas narrativas e faziam desenhos bordados nesse tecido coletivo. De acordo com as autoras:

Nossa aposta com a intervenção, e também hipótese de pesquisa, era de que a inserção da toalha de mesa e do bordado compartilhado pudesse oferecer condições de possibilidade de passagem: permitir um deslocamento do corpo como lugar de único suporte de registro de uma dor silenciosa e repetitiva, sempre enunciada como crônica, para outras formas de se narrar e de fazer laço com a vida. Abrir tempo e lugar para que esse deslocamento pudesse ocorrer, sem a urgência da cura ou a emergência do saber médico totalizante, tomou o contorno do que foi o Ateliê Jardim de Histórias (KIERNIEW et. Al, 2020, p. 126).

O Ateliê Jardim de Histórias (2020) se configurou como um espaço de escuta, acolhimento e cura, proporcionado por costuras, desenhos e narrativas que se entrelaçavam em um espaço hospitalar. Por meio do bordado livre, que não pressupõe

nenhuma técnica específica ou pré-conhecimento de pontos de bordado, *os sujeitos vão inscrevendo e escrevendo palavras e desenhos na toalha. Elaboram-se formas que constituem um corpo no tecido comum. Qualquer pessoa que tenha uma história para narrar é um potencial agente da escrita com fios* (p. 122).



Figura 47 - Foto do Ateliê Jardim de Histórias (2020). Na imagem, há um tecido branco contendo vários desenhos e palavras coloridos bordados em sua superfície e tem linhas coloridas dispostas ao seu redor. Há também algumas mãos de pessoas que estão bordando naquele momento.

Para além de uma pesquisa intervenção que utiliza do bordado como mediador de escutas e narrativas, essa técnica manual também pode ser veículo de afirmação política de reivindicação de representação de corporalidades dissidentes. É o caso da fotógrafa Milena Paulina⁶⁴, que, através de sua arte, busca servir de inspiração para que outras pessoas gordas vejam seus corpos sendo representados a partir de uma lente artística. Existem projetos como o intitulado “Eu, gorda”, no qual a artista percorreu 12 estados do Brasil fotografando coletivos e pessoas gordas em cenários diversos, captando com a câmera a sutileza das curvas, texturas da pele, luz e sombra.

Suas imagens são registros que trazem, além da sensualidade marcante, também delicadeza e corpos pulsantes de vida, orgulho e identificação. Além das fotografias,

⁶⁴ Site com as obras da artista <https://olhardepaulina.com>

Milena Paulino, do mesmo modo, utiliza as possibilidades do bordado para se expressar. Utilizando as próprias fotografias como telas, a artista faz intervenção utilizando linhas coloridas que, através de desenhos e pequenas frases, reforçam o teor político de seu trabalho.

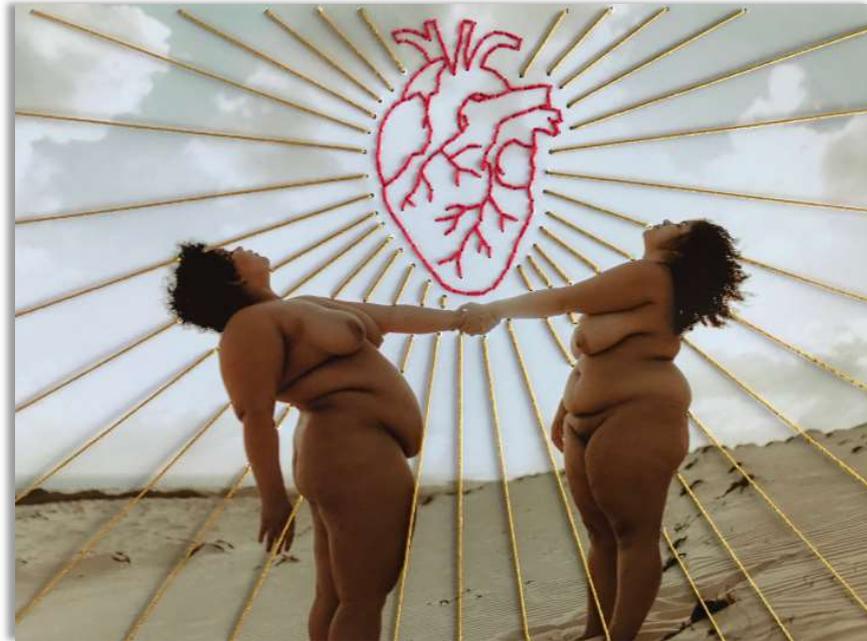


Figura 48 - Bordado em Fotografia - Milena Paulina. Na imagem, duas mulheres brancas e gordas estão sem roupa, com uma das mãos dadas e levemente inclinadas para trás, de olhos fechados. Ao fundo, uma paisagem aberta com areia e um céu nublado. Por cima da fotografia, há um coração anatômico bordado em vermelho, entre as duas. Ao redor, linhas bordadas em linha amarela atravessam a paisagem.

Minha caminhada enquanto pesquisadora feminista, bem como esta pesquisa, surge a partir da proposição de atuar como uma *pessoa ponte* (ANZALDUA, 2009), que tem por objetivo a produção de vínculos entre conhecimento teórico, linhas coloridas, narrativas compartilhadas e tudo mais que percorre esse caminhar. Ver corpos como os meus representados e, mais do que isso, ser capaz de transformar em imagens figuras corporais que têm semelhança comigo fazem também parte da produção de vida e de Cuidados Contextuais.

Por fim, cabe destacar mais um aspecto da proposição de Cuidados Contextuais, que seria a percepção tanto dos limites quanto da possibilidade de conviver com as fragilidades e riscos impostos pelo ato de viver. Tais riscos podem, eventualmente, exigir uma atenção especializada da medicina e áreas afins. O que importa, no limite, é

que todas as pessoas, independentemente de sua corporalidade, etnia, situação econômica, etc., usufruam da possibilidade de acesso a locais e procedimentos de atendimentos médicos sempre que necessário. Nesses termos, Ramminger (2008), ao trazer a discussão de Caponi (1997) acerca da produção de saúde, compreende como necessária a transformação do mundo social, na medida em que situações como falta de moradia, alimentação escassa, dificuldade de acesso à educação, desemprego, também são condições favoráveis ao adoecimento.

Ou seja, há de ser considerada uma relação estrita entre sociedade e saúde, na medida em que as condições de renda e sobrevivência deveriam ganhar destaque na abordagem das políticas públicas, já que desigualdades sociais e econômicas estão diretamente relacionadas com o agravamento de diversas patologias. Porém, de acordo com a autora, a partir do momento que a vida privada se tornou uma preocupação política do Estado, *parece que o acento esteve mais na normalização de condutas e estilos de vida, com a culpabilização do indivíduo, do que na transformação dessas limitações sociais de vida. Parece ser “mais simples normalizar condutas do que transformar condições perversas de existência”* (CAPONI, 1997:294, apud RAMMINGER, 2008).

A proposição de um cuidado eticamente comprometido, conforme postulado por Bellacasa (2017), coloca luz especificamente nessas questões. De acordo com a autora, há um filtro moral acerca do cuidado, especialmente em se tratando de sociedades ocidentais. Nesse sentido, há uma produção constante de um sentimento de emergência, de preparação para um evento catastrófico que está por vir – que podemos relacionar, aqui, com as políticas de combate à obesidade como urgência pública. Porém, ao mesmo tempo que esse sentimento de terror iminente é reproduzido, ocorre o seguinte:

Os chamados ao cuidado estão por toda parte, desde a comercialização de produtos verdes, em que as empresas competem para mostrar o quanto elas se importam, até a compra de itens reciclados, pelos quais nós consumidoras mostramos que nós nos importamos (GOODMAN, 2013, GOODMAN E BOYD, 2011). Além desse brilho moral de marketing, mais profundo e preocupante é como a governança neoliberal tem feito do próprio cuidado de si um mandato generalizado de moralidade biopolítica individualizada. As pessoas são convocadas a cuidar de tudo, mas principalmente de “nosso” eu, nosso estilo de vida, nosso corpo, nossa aptidão física e mental, ou de “nossas” famílias, reduzindo o cuidado à sua caricatura mais “paroquial” (TRONTO, 1993). (BELLACASA, 2017)

A proposição feita aqui de Cuidados Contextuais está, assim, intimamente relacionada com o que postula Donna Haraway (2016) em seu chamado a *ficar com o problema* (2016), ou seja, ir contra à tentadora busca de respostas e soluções postas pelo

Antropoceno e Capitaloceno. Isso se dá, de acordo com ela, a partir de dois caminhos principais: refutar a crença no que ela chama de *tecnossolucionismos* (ou também *tecnoapocalipses*), ou seja, que tecnologias irão nos salvar de um fim iminente. Para a autora, há de se investir em projetos situados e na criação de parentescos diversos. Um outro caminho que deve ser evitado é a crença de que não há mais nada a ser feito. De acordo com ela, *existe uma linha tênue entre reconhecer a extensão e a gravidade dos problemas e sucumbir a um futurismo abstrato, a seus afetos de sublime desespero e suas políticas de sublime indiferença* (HARAWAY, 2016).

Nesse contexto, Haraway (2016) propõe, a partir do conceito de *Chthuluceno*, a retirada da centralidade humana, como existe no Antropoceno. De acordo com sua reflexão, o *Chthuluceno* abre portas para novas relações, na medida em que é formado pelo entrelaçamento de entidades e temporalidades humanas e não humanas que formam conjuntos multiespécies, constantemente em ação na produção de novos mundos. De acordo com a autora,

Em momentos de urgência, muitos de nós somos tentados a resolver problemas em termos de criar um futuro seguro imaginado, de impedir que algo aconteça no futuro, de limpar o presente e o passado para garantir um melhor futuro para as próximas gerações. Ficar com o problema exige tal relação com tempos chamados de futuro. Na verdade, ficar com o problema exige aprender a estar verdadeiramente presente, não como um desaparecimento entre passados terríveis ou edênicos e futuros apocalípticos ou salvíficos, mas como criaturas mortais entrelaçadas em miríades de configurações inacabadas de lugares, tempos, assuntos, significados (HARAWAY, 2016, tradução minha).

Na sua proposição de parentalidades múltiplas, Haraway (2016) nos enriquece com a possibilidade de buscar outras maneiras de viver o mundo a partir de uma ética que englobe não apenas humanos, mas todos os seres da terra: de animais a fungos, bactérias, vegetais, pois acredita que estamos todos compartilhando o mesmo espaço de existência. Para tal, a autora cria a ideia de um corpo tentacular, não necessariamente por uma forma, mas por sua possibilidade de extensão, das muitas possibilidades de contato. De acordo com Haraway (2016), esses tentáculos nos deslocam de uma ideia de individualidade, pois são uma extensão de corpos que se relacionam com os outros à nossa volta. Na visão da autora, importa não apenas o que pensamos, mas como construímos esse pensamento e *think-with* (pensar-com) é ficar com o problema.

Nesse sentido, podemos partir dessa possibilidade de *pensar-com* proposto por Haraway (2016) para deslocarmos o foco nas urgências implícitas em discursos e políticas que preconizam o emagrecimento e que têm, na prática cotidiana, servido com o propósito de culpabilizar, negligenciar, violentar corpos gordos. Conforme destacado

por Arendt e Moraes (2016), a partir do posicionamento ético de Haraway, corpos são constituídos a partir e com suas relações, sendo *nas e pelas relações, de dentro das relações, que fazemos nossos corpos, todos nós, dia após dia* (ARENDR e MORAES, 2016, p. 20), por isso devemos investir em outras maneiras de produzir mundos e cuidados.

O que Haraway (2016) quer dizer, a partir da proposta de ficar com o problema, e com a qual me alinho aqui para pensarmos novas formas de cuidados para corporalidades gordas, é que é necessário estar aberto a fazer combinações novas, como uma forma de compostagem. Tais combinações devem ser sempre localizadas. De acordo com a autora,

Sozinhos, em nossos diferentes tipos de especialização e experiência, sabemos tanto muito e pouco, e então sucumbimos ao desespero ou à esperança, e isto não é uma atitude sensata. Nem o desespero nem a esperança estão sintonizados com os sentidos, à matéria consciente, à semiótica material, aos terráqueos mortais em densa co-presença. Nem a esperança nem o desespero sabem nos ensinar a “tocar figuras de cordas com espécies companheiras” (HARAWAY, 2016, p. 4)

Ficar com o problema, no caso desta tese, diz respeito a não restringir as potencialidades dos corpos a partir de pesos e medidas. É também entender que a urgência direcionada ao controle dos corpos e na disseminação de discursos que colocam a gordura corporal como um inimigo comum que deva ser combatido por cada pessoa, individualmente, só tem produzido adoecimento e morte. Isso porque vivemos em um mundo capitalista e estamos o tempo inteiro sendo interpelados por propagandas de dietas, tratamentos, medicações que prometem sucesso, saúde, beleza, e tudo que o valha, a partir da perda de medidas.

Mais do que isso, cabe respeitar a complexidade que existe nas relações das pessoas com seus corpos e suas histórias e não procurar dar respostas e resoluções simples. A imposição de emagrecimento individual a qualquer custo é uma resposta simples para questões que englobam racismo, desigualdade econômica, dificuldade de acesso a serviços de saúde, fome, falta de saneamento básico, grandes conglomerados farmacêuticos que vendem medicamentos “da moda”, redes de distribuição de alimentos ultraprocessados e tantas outras camadas e personagens humanos e não humanos que estão interligadas nessas dinâmicas.

A proposição de Cuidados Contextuais, nesse sentido, está intimamente ligada a uma política de cuidados que esteja aberta à diversidade corporal, a partir de uma visão que respeite a complexidade e que esteja aberta à criatividade, bem como

comprometidos com uma produção de mundo que se baseia em relações mais recíprocas. Conforme proposto por Haraway (2016) em suas fabulações especulativas, podemos nos apoiar na construção utópica de cuidados que costuram, como numa colcha de retalhos, desejo, linhas, agulhas, matracas, alteres, ensaios fotográficos, corridas no parque, almoço em família e, eventualmente, alguma dieta, substância, intervenção médica, a depender do desejo e necessidade de cada caso, entendendo tudo como potência de vida que extrapola níveis predeterminados de corpos. Nas palavras da autora:

Tartarugas marinhas, corais, relatos indígenas sobre os cuidados necessários para decolonizar o território, holobiomas de cientistas, habitantes do Chthuluceno, ativistas de diferentes tipos por justiça ambiental, artesãs e fazedores de arte-ciência de todo o mundo se reúnem em SF, em fabulações especulativas pelo florescimento. (HARAWAY, 2016)

Nessa proposta de um Cuidado Contextual, ao perceber as realidades e corpos como múltiplos (MOL, 2002), que se fazem a partir de práticas muitas, não busco uma proposição de cuidado fechada, como algo definitivo. Muito pelo contrário: ao me apoiar na superação de histórias consideradas “grandes demais” contadas pelo Antropoceno e Capitoloceno (HARAWAY, 2016), busco a proposição de abertura a novas formas de viver e cuidar nesse mundo, habitando um corpo gordo. Os Cuidados Contextuais são, também, um exercício fabulativo de práticas, discursos e habilidades que estão em constante ação: seja através da contagem de pontos que serão costurados em um tecido de algodão cru ou na decisão de andar de bicicleta todos os dias depois do expediente de trabalho, como também na decisão de buscar por um procedimento cirúrgico de redução de peso, tendo em mente os riscos e benefícios de tal e não como uma imposição.

São aceitas aqui todas as possibilidades de produção de vida: seja através de acompanhamento médico, passos de dança, pinturas em telas e o que mais existir. O “ficar com o problema”, proposto por Haraway (2016), não se compromete com a resolução de todas as questões, mas se sustenta na possibilidade de respeitar a complexidade que nos atravessa. As narrativas aqui descritas, inclusive a minha, acerca de viver e cuidar de um corpo gordo em uma sociedade gordofóbica demonstram diversidade de contextos, necessidades e limites de cada um. Permanecer é respeitar esse presente espesso, sempre contínuo. Reconhecer a nossa precariedade, trazendo de volta a reflexão proposta de Butler (2018; 2019), é estar em colaboração com o outro sem hierarquizações de vidas, corpos, potencialidades. Conforme descrito por Eduardo Silva (2022),

O foco da história que argumento é a própria história, na qual se dá atenção para as relações dos seres vivos e mortos que vivem e morrem [critters (HARAWAY, 2016)], das recuperações de passados, presentes e futuros - desse presente espesso. Assim, acredito necessário negar o termo Antropoceno para viver em um outro espaço-tempo, como o Chthuluceno [do original Chthulucene] de Haraway (2016, p. 51), um espaço-tempo que potencialize possibilidades e dê conta das complexidades com que todos os seres (com)vivem. Argumento a favor do pensar, viver, contar histórias e práticas em conjunto, histórias desse tempo contínuo, sem salvacionismo ou derrotismo (SILVA, 2022)

Ao superar noções que patologizam pesos e medidas, aposto também na ultrapassagem de noções de sucesso/fracasso tão intimamente relacionadas com julgamentos morais que servem de pano de fundo para desumanização de corporalidades dissidentes, e aqui especificamente, corpos gordos. O que seria fazer sucesso, ter saúde, ser belo etc. a partir de uma perspectiva que não mais hierarquiza pesos e medidas? Podemos pensar como Jack Halberstam (2020) na sua proposição de Baixa Teoria. Nela, se *desmantela a lógica do sucesso e do fracasso com a qual atualmente vivemos. Em determinadas circunstâncias, fracassar, perder, esquecer, desconstruir, desfazer, adequar-se, não saber, podem na verdade, oferecer formas mais criativas, mais cooperativas, mais surpreendentes de ser no mundo (p. 21).*

Desse modo, libertar-se do desejo do Homem Branco que tudo sabe, com seu “truque de deus”, (HARAWAY,1995) e assumir uma postura mais aberta à complexidades e ligadas a uma perspectiva localizada, sem pretensão de resolução de todos os problemas, talvez seja o passo mais definitivo para que possamos vislumbrar um modelo de cuidado que esteja de fato aberto para todo e qualquer tipo de corpo. É um caminho que se abre para as multiplicidades de afetos, práticas, sonhos, desejos, temporalidades. E conforme demonstrado por Halberstam (2020) ao descrever uma cena do filme Little Miss Sunshine:

“Ninguém é deixado pra trás!” A pequena família disfuncional salta para dentro e para fora de sua velha Kombi amarela e permanece unida, apesar das surras que leva no caminho. E apesar de – ou talvez devido a – tentativas de suicídio, falência iminente, morte do patriarca da família e inquestionável irrelevância do concurso de beleza, nasce um novo tipo de otimismo. Não um otimismo que depende de pensamento positivo como mecanismo explicativo da ordem social, nem um que insiste no lado bom a todo custo; em vez disso, esse é um raio de sol singular que produz sombra e luz em iguais medidas e sabe que o significado de um depende do significado do outro (p. 25).

Dado esse contexto, diante de discursos patologizantes acerca de corporalidades gordas, comercialização de produtos que prometem emagrecimento, responsabilização individual pela manutenção de corpos considerados saudáveis, desigualdades socioeconômicas, negligências médicas, dificuldade de acesso a condições sanitárias

mínimas, dentre outras questões, como podemos propor cuidados em saúde para pessoas gordas? Ao propor uma teorização que é feita a partir de locais pequenos, populares, Halberstam (2020) se aproxima, no meu ver, da abordagem aqui proposta: de uma produção de conhecimento localizada (Haraway, 1995) que está pensando a partir das práticas cotidianas de produção de saúde por pessoas gordas, sendo eu mesma uma mulher gorda.

E nesse sentido, tenho muito a dizer sobre o que é produzir conhecimento sobre corpos que são constantemente acusados de ocuparem espaço demais. Tomar uma perspectiva localizada e responsável é entender que tudo isso não se encerra neste escrito, muito pelo contrário. Ainda há muito o que se dizer e produzir acerca dessas temáticas em contraposição a tudo que já tem sido falado sobre corpos dissidentes, e em especial sobre corpos gordos, pelo discurso biomédico. A aposta em *ficar com o problema* não busca responder se corpos gordos são saudáveis ou não – talvez indique exatamente que não teremos jamais essa resposta. Mas reconhecer que a patologização de nossas corporalidades tem servido não apenas para sua marcação enquanto corpos “doentes”, mas que tais discursos, práticas e pré-conceitos construídos sobre elas têm colocado pessoas em situação de sofrimentos constantes, conforme visto a partir dos relatos compartilhados e vividos aqui descritos.

5.

CONSIDERAÇÕES FINAIS



Figura 49 - Vênus - pingente bordado, Flávia Novais 2021. Silhueta de um corpo gordo cercado de pequenas flores.

E aqui está. Anos de pesquisa, viagens, devaneios, leituras e discussões, eis que concluo assim esta escrita. Ainda que se saiba que este é apenas o começo para futuras contribuições sobre o tema, pois o presente trabalho não se propôs a chegar em nenhuma conceituação finalizada sobre corporalidades gordas, escrever uma tese é uma tarefa árdua. O processo de pesquisa e percursos, muitas vezes confusos, durante os anos do doutorado, colocaram sobre o texto uma responsabilidade muitas vezes paralisante. Foram muitos contextos, cenários caminhados, sentidos e vividos até esse momento. Além das próprias expectativas em relação à pesquisa, há de se reconhecer o valor da cumplicidade e confiança de todos os relatos muitas vezes carregados de dor, insegurança e sofrimento que foram compartilhados comigo nas entrevistas realizadas.

Este estudo, muito mais do que acadêmico, foi importante por me fazer encarar muitas experiências marcadas na minha própria carne e subjetividade em relação a meu corpo. Para que eu pudesse falar sobre esta pesquisa, seria inevitável retomar um pouco da minha própria trajetória, porque meu corpo também foi/é afetado por toda essa série de Políticas de Finamento, que estão por todos os lugares tentando determinar o que é Saúde, Normalidade, Beleza e toda a sorte de conceitos grandes e universais demais para caber uma multiplicidade de corpos, vidas e cuidados. Toda uma vida de dietas da moda, choros em provadores de lojas, constrangimentos com comentários de familiares e pessoas próximas e incontáveis restrições acerca do que o meu corpo podia fazer a depender do quanto de peso eu perderia em um determinado período de tempo também fazem parte dessas linhas, ainda que não relatadas diretamente.

Para construir um campo de pesquisa que incluísse uma pesquisa corporificada como esta, foi essencial partir de uma escrita autoetnográfica e, por isso, localizada (HARAWAY, 1995). Para que pudesse refletir criticamente acerca de discursos e diagnósticos relacionados com a gordura corporal, com a ajuda de Haraway (2019), compreendi tais diagnósticos como frutos de tecnologias e discursos que se colocam como uma tentativa de imposição de significados travestidos de “verdade” em relação às interações sociais e, nesse caso específico, medições corporais. Desse modo, no momento que sou informada que preciso fazer um eletrocardiograma por conta do IMC, calculado por um médico em um pedaço de papel de rascunho, meu corpo não é mais apenas onde habito o mundo, mas também seu significado está ali nos níveis que podem ser medidos por uma máquina que controla meus batimentos cardíacos. O que mais precisa ser dito por e sobre meu corpo do que o que já vem sendo descrito pelos variados detentores da verdade sobre os corpos, dentre os quais podemos situar os profissionais da saúde, em especial da medicina, que com seus jalecos brancos só conseguem focar nos números a meu respeito? O que mais precisa ser compreendido sobre nossos corpos

para que possamos ser percebidos em toda a complexidade e multiplicidade de vivências que nos compõem? Como cuidar de nossos corpos de maneira efetiva dentro de um sistema que, além de nos patologizar, não providenciam espaços de cuidado, tanto em níveis subjetivos quanto práticos e nos negam aparelhos de exames, macas, roupas, poltronas em salas de espera, e tantos outros equipamentos, acessos, mobiliários que caibam nossos corpos? Essas perguntas ainda seguem sem resposta.

É possível ver, a partir de Mol (2002), que corpos, pacientes, patologias, tecnologias se relacionam produzindo realidades múltiplas, não sendo possível apreender deles uma verdade única. Por isso a importância dada, pela autora, às descrições de práticas cotidianas acompanhadas durante a pesquisa e o contato com pessoas, procedimentos, diagnósticos, tecnologias etc., questionamentos que podem levar à compreensão das múltiplas realidades produzidas nessas interações. Para a autora, importa mesmo se perguntar: como ocorre a coordenação entre tais objetos? Ou ainda como diferentes objetos que recebem a mesma denominação conseguem ultrapassar tensões e contradições? E até mesmo, a partir de tensões, como diferentes versões do objeto podem ser dependentes uns dos outros?

Na busca por encontrar caminhos possíveis, acabei por fazer uma aproximação entre a autoetnografia (MISTRO, 2021; PERIN, 2020; ABU-LUGHOD, 2018; GAMA, 2020), com a perspectiva praxiográfica de Annemarie Mol (1999, 2002, 2008, 2010) o que resultou na descrição dos processos de escrita, entrevistas, viagens, pesquisas, bordados e tentativa de sobrevivência diante da pandemia de COVID-19. O campo, dessa forma, foi formado por pessoas gordas (pacientes e profissionais de saúde), bem como outras parcerias de percurso, desde profissionais de nutrição, representantes de organizações políticas a vídeos, materiais de desenho e bordado, sendo todos esses elementos e personagens essenciais para a composição de tudo que pude movimentar aqui.

Percorremos aqui juntas as maneiras pelas quais se configuraram as instâncias de materialização e definições de corporalidades gordas. Nesse sentido, compreendemos como a chamada “obesidade” passou a ser retratada como preocupação de saúde (POULAIN, 2013; VIGARELLO, 2012) respeitando os estilos de pensamento (FLECK, 1979) de cada contexto sócio-histórico. Ficou evidente o teor racista existente nesses processos de patologização de corporalidades gordas (STRINGS, 2019). Além disso, que esses processos todos estão intimamente relacionados com as formas como se configuram os discursos acerca da gordura corporal nos dias de hoje, que culminam em culpabilização, julgamento moral, violações de direitos, violências de diversos níveis, entre outros. Sendo eu mesma uma

mulher gorda, percebo no meu próprio corpo as dificuldades encontradas para exercer o cuidado em saúde com ele.

Chega-se, assim à compreensão de que em espaços de cuidados em saúde, para pessoas gordas, em vez de se estar produzindo apenas acolhimento, operacionaliza-se toda uma série de práticas que colocam as pessoas em situações de vulnerabilidade, levando à perda de direitos básicos, e fortalecendo o que foi chamado aqui de Políticas de Finamento de corpos gordos. São chamadas como tais a articulação, através de práticas contextuais, de distintas entidades: toda série de políticas públicas, medicamentos, dietas, tratamentos, discursos, que envolvem a imposição do emagrecimento enquanto mandatória para a obtenção de uma vida saudável. Essas políticas propõem que determinados pesos e medidas podem usufruir de projeções de vida e sobrevivência em detrimento de outros.

Nesse sentido, a partir da análise dessas Políticas de Finamento, foi possível perceber, na prática, como o discurso de emagrecimento tem funcionado a partir de muitos elementos: desde políticas públicas que investem em programas de emagrecimento, desconsiderando outras questões que atravessam diretamente as vidas da população em geral, como a pobreza, marginalização de determinados grupos sociais, desemprego etc., até a venda de produtos, medicamentos, procedimentos estéticos e cirúrgicos que prometem a perda de peso e medidas, altamente disseminados em mídias sociais, propagandas e consultórios médicos. E como tais políticas e discursos promovem, ao difundir como única saída para uma vida digna e desejável o emagrecimento, adoecimento, colocam vidas em risco e, muitas vezes, favorecem a morte de muitas pessoas que se submetem a tais tratamentos – ou são vitimadas por negligências médicas que culminam em tratamentos malfeitos, ou ainda que tiram suas próprias vidas tamanho o julgamento moral pura e simplesmente por serem pessoas gordas. Diante de trajetórias como as compartilhadas nesta tese, as quais mostram como o cuidado em saúde, para pessoas gordas, tem sido sinônimo de adoecimento e dor, esta escrita encarnada se propõe também fabulativa, ao sugerir novas perspectivas de atenção e acolhimento a pessoas gordas.

Dito de outra forma, a partir da minha própria vivência e, também, de acordo com as conversas que realizei para a composição deste trabalho, posso afirmar categoricamente que o que tem sido oferecido, de maneira geral, a pessoas gordas não é o suficiente para garantia de uma vida plena a grande parte delas. Foram muitos relatos de restrições alimentares forçadas, humilhações familiares, sofrimento psíquico, procedimentos cirúrgicos sem necessidade, silenciamentos, dúvidas e muitas cicatrizes

tanto físicas quanto emocionais. Feridas que latejam vez ou outra, na medida em que a realidade de estigmatizarão se impõe justamente no momento que se busca cuidado e acolhimento.

As Políticas de Finamento foram assim definidas a partir da compreensão de vivências pessoais e das compartilhadas comigo nas entrevistas que políticas, tratamentos e discursos disseminados sobre a gordura corporal ultrapassam os postulados da biopolítica (FOUCAULT, 1999), indo muito além do “fazer viver e deixar morrer” e de controle acerca da vida e dos corpos realizados pelo Estado. Nesse sentido, apesar de partir de uma noção ligada ao biopoder, o reconhecimento da precariedade nos termos de Butler (2018) pareceu acomodar melhor a proposição aqui formulada. De acordo com a filósofa, determinados corpos e vidas são vistos como ameaças e precisam ser combatidos. Há de se ter em mente a necessidade do reconhecimento da precariedade como intrínseca à condição humana, não havendo a possibilidade de sobrevivência sem condições mínimas de existência, como moradia, alimentação, redes de solidariedade, segurança etc. Assim, a partir da necessidade de suporte entre humanos e, que, ao se reconhecer a precariedade intrínseca do estar vivo e determinados corpos deixam de estar em risco pelo ímpeto de produzir marcadores e níveis do que pode ser considerado corpos saudáveis.

Em conclusão, as Políticas de Finamento, que são direcionadas para pessoas consideradas obesas, são calcadas em evidências por vezes controversas, por exemplo, o diagnóstico feito a partir do IMC, e desconsideram riscos iminentes (que muitas vezes custam a vida de quem se submete) e problemáticas profundas em sociedades ocidentais, como escassez de acesso à alimentação, serviços de saúde inacessíveis para grande parte da população, racismo, dentre outros, ao responsabilizar e submeter pessoas ao emagrecimento como forma de hierarquizar quem tem o direito de viver – e morrer – de maneira digna. Como possibilidade de superação dessas hierarquizações e violências, podemos partir da concepção da vulnerabilidade como um fenômeno que nos aproxima de todas as pessoas do mundo, uma vez que nossos corpos estão sempre à mercê de discursos, cuidados e perigos da ação de outras pessoas.

Nessa perspectiva, foi possível mostrar que as pessoas gordas (nós), estão (estamos) produzindo vida e cuidados em contextos diversos e isso não pode ser ignorado. Seja através de levantamento de pesos, encontros sexuais, apresentações artísticas, horas a fio bordando desenhos de corpos gordos, realizando exames laboratoriais periódicos, fazendo pilates ou alguma outra atividade física: nós estamos vivos. Nesse sentido, podemos nos perguntar: como garantir cuidado quando os

sentidos e atenção de quem deveria cuidar estão completamente inacessíveis e plenos de que saber dos números: seja de peso, IMC, pressão arterial, níveis de colesterol, saturação ou qualquer valor aferível seja conhecer aquele corpo em sua plenitude? Afinal, números e gráficos podem informar também que eu não como carne vermelha e que gosto de dançar? Que minha ansiedade e a tal da “síndrome do jaleco branco” pode ter interferido na aferição de pressão arterial naquele momento de tensão e silenciamento relatado? Essas e outras verdades sobre mim e meu corpo poderiam ter ajudado a pensar em alternativas e certamente teriam garantido uma outra forma de pensar em saúde e cuidados.

Nesse sentido, a partir de situações vividas e compartilhadas de gordofobia médica, apesar de se tratar da pequenez que se coloca a um paciente diante do médico ou outros profissionais de saúde que detém o poder no cenário asséptico de consultas, pulsa em mim através desta escrita, também, a urgência de ressignificar esse modelo de atenção e projetos de cura que cataloga, desumaniza e violenta corpos como o meu e tantos outros. Para isso, na configuração do que chamo aqui de Cuidados Contextuais, é proposto um modelo de cuidado que se configure como uma grande colcha de retalhos, na qual contextos, especialidades, vivências, práticas diversas, que compõem não apenas as pessoas, mas atores diversos, sejam postos em práticas e costurados em conjunto na produção de vida, a partir da percepção das complexidades de cada corpo, sem universalizar nem patologizar dimensões corporais.

Finalizo este trabalho com a certeza do não esgotamento dessas discussões. Entretanto, ao compartilhar os afetos e narrativas abordados e vividos durante o percurso da pesquisa sobre situações vexatórias e humilhantes enfrentadas por pessoas gordas em espaços clínicos, acredito ter dado um passo importante para abrir espaços e transformar discursos acerca de corporalidades gordas. Recorro à inspiração dada por Gloria Anzaldúa (2000) na sua carta dedicada a mulheres negras que encontram na escrita uma ferramenta de sobrevivência e luta política. Suas palavras descoagularam a tinta da minha caneta e me fizeram novamente acreditar que temos/tenho muito a dizer.

Como bem disse Alzandua: *Finalmente, escrevo porque tenho medo de escrever, mas tenho um medo maior de não escrever* (ALZANDUA, 2000, p 232). É dessa maneira que uma escrita em primeira pessoa se faz tão necessária, porque foi recorrendo a meus diários pessoais e de campo que ensaiei uma nova escrita sobre mim, sobre nós. Por fim, reafirmo que os discursos biomédicos, brancos, ocidentalizados, há muito tempo trazem muitas certezas sobre os nossos corpos e é preciso que outras escritas, pontos de bordado, desenhos, performances, sejam feitas sobre eles para que possamos seguir

vivas e prontas para vivenciar as suas potencialidades. Somos muito mais do que diagnósticos, fluidos e parâmetros. Todos/as/es estamos em risco, porque isso é viver. E vivas seguiremos.



Figura 50 – Flutua, de Flávia Novais, 2020 (nankin e pastel oleoso). Ilustração de uma mulher gorda branca, que usa um biquini e flutua relaxada em uma piscina, com as mãos entre os cabelos.

REFERÊNCIAS

- ABESO. Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica. **Covid 19: Conhecendo o Risco**. Disponível em: <<https://abeso.org.br/covid-19-conhecendo-o-risco/>> Acesso em: 20/08/2020
- ABREU, Caio Fernando. **Morangos Mofados**. Rio de Janeiro: Agir, 2005.
- AGUIAR, P.V., DIONISIO, W.Á.d., SOUZA, E.A.d. et al. **Binge eating, depressive symptoms and suicidal ideation in obese candidates for bariatric surgery**. *Eat Weight Disord* 28, 12 (2023). <https://doi.org/10.1007/s40519-023-01533-8>
- ALBUQUERQUE, Renata; GÜNEL, Gökçe; WATANABE, Chika; TEIXEIRA, Ana Carolina S.; NETTO, Diego. **Etnografia de Retalhos: diálogos, dilemas e perspectivas metodológicas feministas para a antropologia**. *Anuário Antropológico [Online]*, v.48 n.1 | 2023. URL: <http://journals.openedition.org/aa/10626>; DOI: <https://doi.org/10.4000/aa.10626>
- ALVES, E. R.. **Pierre Bourdieu: a distinção de um legado de práticas e valores culturais**. Sociedade e
- APHRAMOR L. **Is A Weight-Centred Health Framework Salutogenic? Some Thoughts on Unhinging Certain Dietary Ideologies**. *Social Theory and Health*, 3:315-340, 2005.
- _____: **Weight management as a cardioprotective intervention raises issues for nutritional scientists regarding clinical ethics**. *Proc Nut Soc*, 67:E401, 2009.
- ANDRADE, Natalia Luna; SHENOUDA, Raymone; SOCKALINGAM, Sanjeev; FIPPS, David C.Consultation-Lison. **Case Conference: Psychiatric Care of Patients Who Undergo Bariatric Surgery**, *Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry*, Volume 64, Issue 3, 2023, Pages 267-276, ISSN 2667-2960, <https://doi.org/10.1016/j.jaclp.2023.02.001>.
- AKOTIRENE, Carla. **O que é Interseccionalidade?** Belo Horizonte, MG: Letramento: Justificando, 2018.
- ALVES, Kelly Poliany de Souza and JAIME, Patricia Constante. **A Política Nacional de alimentação e Nutrição e seu diálogo com a Política Nacional de Segurança alimentar e Nutricional**. *Ciênc. saúde coletiva [online]*. 2014, vol.19, n.11, pp.4331-4340. ISSN 1413-8123.
- ALAIMO, Stacy; HEKMAN, Susan. **Introduction. Material Feminisms**. Bloomington: Indiana University Press, 2008.
- ANZALDÚA, Gloria. **Borderlands/La Frontera: The New Mestiza**. San Francisco: Aunt Lute Books, 1987.
- _____. **Falando em línguas: uma carta para as mulheres escritoras do Terceiro Mundo**. Trad. Édina de Marco. *Revista Estudos Feministas*, v. 8, n. 1, p. 229-236, 2000.
- _____. **A Vulva é uma Ferida Aberta e Outros Ensaios**. Trad. de Tatiana Nascimento. Rio de Janeiro: A Bolha, 2021.
- ARRAES, Jarid. **Gordofobia como questão política e feminista**. *Revista Fórum*. Disponível em: <http://www.revistaforum.com.br/digital/163/gordofobia-como-questao-politica-e-feminista/>, 2015. Acesso em: 12/05/2015.
- ABU-LUGHOD, Lila. **Writing against Culture**. In: FOX, R. (ed.) *Recapturing Anthropology*. Santa Fe: School of American Research (p.137-162), 1991. — tradução disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/equatorial/article/view/15615>

BACON, Lindo; APHRAMOR, Lucy. **Weight Science: Evaluating the Evidence for a Paradigm Shift**. Nutrition Journal, 2011.

BARDELLA, Ana. "**Desse tamanho a agulha nem vai entrar**": quando a gordofobia vem do médico. Revista Universa. Direitos da Mulher. Disponível em <https://www.uol.com.br/universa/noticias/redacao/2019/11/07/desse-tamanho-a-agulha-nem-vai-entrar-quando-a-gordofobia-vem-do-medico>. Acesso em: 20/02/2020.

BBC. **Obesity not defined by weight, says new Canada guideline**. Publicado em 4 de agosto de 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/news/world-us-canada-53656651>.

BATISTA-FILHO Malaquias; RISSIN, Anete. **Vigilância Alimentar e Nutricional: Antecedentes, Objetivos e Modalidades**. A VAN no Brasil. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 9 (supl. 1): 99-105, 1993.

BE ENERGY. HEIT, Jeffrey. **Internist with special emphasis on preventive health, fitness and nutrition**. Philadelphia VA Medical Center, Philadelphia, PA. Review provided by VeriMed Healthcare Network. Gastrointestinal surgery. Publicado em 6/28/2011, Disponível em: <https://benergy2.adam.com/content.aspx?productid=28&pid=28&gid=000456>. Acesso: 15/04/2023.

BEAUD, Stéphane; WEBER, Florence. **Guia para a pesquisa de campo: produzir e analisar dados etnográficos**. Petrópolis: Vozes, 2007.

BELCHIOR, Jussara. **Breves relatos de uma bailarina gorda**. Escrita Performativa. V. 15, DAPesquisa, Florianópolis, SC, Outubro 2020.

BELLACASA, Maria Puig de la. **Matters of care: speculative ethics in more than human worlds**. Minneapolis: University of Minnesota Press, 2017.

BRANDÃO, Simone et. Al. **Obesidade e risco de COVID-19 : grave**. 1. ed. – Recife, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Portaria 710, de 1999.

BRASIL. **Lei no 8.080/90**. Brasília: Diário Oficial da União, 1990.

BRUNTON, P., RATNAYAKE, J., BODANSKY, H. et al. **An intraoral device for weight loss: initial clinical findings**. Br Dent J, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41415-021-3081-1>

BURGARD, Deb. What is "health at every size"? The Fat Studies Reader. 42-53, 2009.

BUTLER, Judith. **Quadros de Guerra: Quando a vida é passível de luto?** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.

_____. **Vida Precária**. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2019.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Trad.: Mana Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 6. ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CARVALHO, Sérgio R.; RODRIGUES, Camila de O.; COSTA, Fabrício D. da; ANDRADE, Henrique S. **Medicalização: uma crítica (im)pertinente?** Physis: Revista de Saúde Coletiva, Volume: 25, Número: 4, 2015.

CASTILLO, Constanzx. **La cerda punk: ensayos desde un feminismo gordo, lésbico, anticapitalista y antiespecista**. Valparaíso: Trio Editorial, 2014.

CASTELLS, Manuel. **Redes de indignação e esperança: movimentos sociais na era da internet**. Tradução Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Zahar, 2013.

CLIFFORD, J. On ethnographic allegory. In: CLIFFORD, J.; MARCUS, G. (ed.). **Writing culture: the poetics and politics of ethnography**. Berkeley: University of California Press, 1986. p. 98-121.

COHEN, Rachel; IRWIN, Lauren, NEWTON-JOHN, Toby; SLATER, Amy. **#bodypositivity: A content analysis of body positive accounts on Instagram**. Volume 29, 2019, Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1740144518304595>. Acesso em 03/02/2021.

CONILL, Eleonor Minho. **A recente reforma dos serviços de saúde na província do Québec, Canadá: as fronteiras da preservação de um sistema**. Cad. Saúde Pública 16 (4). Dez 2000. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2000000400015>>

CONRAD, P. **The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

_____. **Medicalization and social control**. Annu. Rev. Sociol., v.18, (August), p.209-32, 1992.

_____. **The discovery of hyperkinesis: notes on the medicalization of deviant behavior**. Soc. Prob., v.23, n.1, p.12-21, 1975.

CONRAD, P.; SCHNEIDER, J.W. **Deviance and medicalization: from badness to sickness**. Philadelphia: Temple University Press, 1980.

CONRAD, P., & BARKER, K. K. **A construção social da doença: Insights-chave e implicações para as políticas de saúde**. Idéias, 3(2), 185-213. 2011.

COOPER, Charlotte. **What's Fat Activism?** Department of Sociology, University of Limerick, 2008.

_____. **Headless Fatties**. London, 2007. Disponível em: <https://charlottecooper.net/fat/fat-writing/headless-fatties-01-07/>

COSTA, Luis Artur. **Os muitos nomes do que não precisa ser nomeado: movimentos sociais par além das segmentações molares**. Encontro Regional Sul da Associação Brasileira de Psicologia Social. Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 2014

CRAWFORD, R. **You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming**. Int. J. Health Serv., v.7, n.4, p.663-80, 1977

CRENSHAW, Kimberlé W. **Mapping the margins: intersectionality, identity politics and violence against women of color**. In: Fineman, Martha Albertson & Mykitiuk, Roxanne (orgs.). The public nature of private violence. Nova York, Routledge, pp. 93-118. 1994.

_____. **"Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics"**. University of Chicago Legal 1989.

CRUZ, Milena & ISAIA, Letícia. **Da pressão estética à gordofobia: violências nos memes em tempos de pandemia de COVID-19**. Revista Contracampo. 41, (2022). Disponível em: [10.22409/contracampo.v41i1.52790](https://doi.org/10.22409/contracampo.v41i1.52790).

CUELLO, Nicolas. **Sobre la ficcionalidad de una frontera: geografías desmesuradas de la Carne**. La Madeja, Transgresiones. nº 05, Edita | cambalache, 2014.

DAVIES, Júlio D' Angelo. **Diásporas no plural: formas diferentes de ser libanês em Montreal**. Tese de Doutorado do Programa De Pós-Graduação Em Antropologia. Universidade Federal Fluminense,. Niterói, 2022.

DEMETRI, F. D. **Corpos despossuídos: Vulnerabilidade em Judith Butler**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Florianópolis. Florianópolis, 2018a.

_____. **Judith Butler: filósofa da vulnerabilidade**. Lugar Comum, v. 1, p. 175-188, 2018b.

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

DIAS, Marina de Aguiar Casali. **Bordado e subjetividade: o bordado como gesto cartográfico**. Palíndromo, v. 11, n. 23, p. 50-61, janeiro 2019.

DICKMAN, Mary Catherine, **Let's Move! Biocitizens and the Fat Kids on the Block**. Graduate Theses and Dissertations. University of South Florida, 2015.

DUARTE, Larissa Costa Duarte; BESEN, Lucas Riboli. **Entrevista Com Amade M'charek**. Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 23, n. 47, p. 383-399, jan./abr. 2017.

EDWARDS, Michael A.; MURALEEDHARAN, Divya; SPAULDING, Aaron. **Racial disparities in reasons for mortality following bariatric surgery**. Journal of Racial and Ethnic Health Disparities. Volume 10, Issue 2, Pages 526 – 535, April 2023.

ELLISON, Jenny. **From “FU” to “Be Yourself”: Fat Activisms in Canada in Obesity in Canada - Critical Perspectives**. University of Toronto Press, 2016.

ENGEL, Cíntia Liara; FIETZ, Helena. **Apresentação do Dossiê : O Cuidado e suas Matérias: diálogos entre a antropologia do cuidado e os estudos sociais da ciência e tecnologia**. Anuário Antropológico, [S. l.], v. 48, n. 1, p. 98–107, 2023. DOI: 10.4000/aa.10534. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/anuarioantropologico/article/view/49153>. Acesso em: 18 mar. 2024.

FISHMAN, S. **In Life in Fat Underground**, Revista Radiance, 1998.

FLECK, L. **Genesis and Development of a Scientific Fact**. Chicago: Chicago University Press, 1979.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. São Paulo: Edições Graal, 2008a.

_____. **Nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

_____. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2006b.

_____. **Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____. **Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.

_____. **Em defesa da sociedade**. Tradução de Maria Ermantina Galvão. São Paulo, Martins Fontes, 1999

FREIRE, Ida Mara. **Tecelãs da Existência**. Revista Estudos Feministas 22(2). Florianópolis. Maio-Agosto, 2014.

FRAZATTOKAREN, Carina Furlaneto; BIGATTO, Roberta Steagall. **Os organismos comunitários em saúde mental no Quebec, Canadá.** Physis: Revista de Saúde Coletiva 29 (03). 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290315>>

G1. **Governo do Rio promete atender obesos em hospitais particulares.** Rio de Janeiro. Disponível em: <http://g1.globo.com/Noticias/Rio/0,,MUL18130-5606,00 GOVERNO+DO+RIO+PROMETE+ATENDER+OBESOS+EM+HOSPITAIS+PARTICULARES.html>.

G1. Coronavírus: **Drauzio Varella explica por que a mortalidade entre obesos é mais alta.** Fantástico. 17/05/2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/fantastico/noticia/2020/05/17/coronavirus-drauzio-varella-explica-por-que-a-mortalidade-entre-obesos-e-mais-alta.ghtml>

G1. **Remédios contra obesidade: veja diferença entre o novo Wegovy e Ozempic, que usam a semaglutida.** Publicado em 03/01/2023. Disponível em: <https://g1.globo.com/saude/noticia/2023/01/03/remedios-contr-obesidade-veja-diferenca-entre-o-novo-wegovy-e-ozempic-que-usam-a-semaglutida.ghtml>

GAMA, Fabiane. **A autoetnografia como método criativo: experimentações com a esclerose múltipla.** Anuário Antropológico v. 45, n. 2, pp. 188-208. Universidade de Brasília. Maio-agosto, 2020.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. **O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização.** Interface - Comunic., Saude, Educ. 2012.

GOMES, Carol. **Gordofobia médica: como o preconceito na saúde afeta pacientes gordas.** Saúde e Bem-Estar. 24 de Setembro de 2019. Disponível em: <https://claudia.abril.com.br/saude/gordofobia-medica-como-o-preconceito-na-saude-afeta-pacientes-gordas/>. Acesso em 15/10/2020.

GONÇALVES, Filipe. **Paciente afirma que teve atendimento negado no Hospital de Campanha do Anhembi 'por causa de sobrepeso.** G1, São Paulo. 22/06/2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/06/22/paciente-afirma-que-teve-atendimento-negado-no-hospital-de-campanha-do-anhembi-por-cao-de-sobrepeso.ghtml>. Acesso em 10/07/2020.

GIACAGLIA, Luciano. **Obesidade, Resistência à Insulina & COVID-19.** In Coleção E-book Med UNILAGO: COVID-19 -parte clínica [recurso eletrônico] / edit. Sthefano Atique Gabriel –São José do Rio Preto: UNILAGO, 2020.

GASTÓN-PANTHAKI, Aria; SERRANO, Ana; VIRANI Narmin, SYLVESTRE Jane, CRISAFULLI, Betsy F.; BECKER Carolyn. **Food insecurity, weight-based discrimination, weight self-stigma, and mental health in post-bariatric surgery patients.** Body Image, Volume 45, 2023, p. 46-53, ISSN 1740-1445, Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2023.01.009>.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. **O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 16, n. 40, p. 21–34, jan. 2012.

GESSER, Marivete; BÖCK, Geisa Letícia Kempfer; LOPES, Paula Helena. **Estudos da deficiência: anticapacitismo e emancipação social.** Curitiba : CRV, 2020.

GESSER, MARIVETE & BLOCK, Pamela & Mello, Anahi. **Estudos da deficiência: interseccionalidade, anticapacitismo e emancipação social.** (2020)

GOMES, Inês Belo. **“Deixei o desenho enterrado” ou como ressuscitar o grafismo enquanto metodologia antropológica: um caso prático.** Cadernos de Arte e Antropologia [Online], Vol. 5, No 2 | 2016, posto online no dia 01 outubro 2016, consultado o 20 agosto 2023. Disponível em: <http://journals.openedition.org/cadernosaa/1122>

GOMES, A. P. **Bordar a si: uma análise sobre o fazer artístico nas obras de Pedro Luis.** (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. 2019.

GONÇALVES, Juliana Correia. **O powerlifting em Porto Alegre : uma história dos levantamentos básicos.** Trabalho de conclusão de graduação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Educação Física, 2012.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2020). **COVID-19 (SARS-CoV-2) :Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs immunodéprimés.** Institut national de santé publique du Québec. No de publication : 2914. Disponível em <https://www.inspq.qc.ca/>.

GÜNEL, Gökçe, VARMA, Saiba, WATANABE, Chika. **A Manifesto for Patchwork Ethnography.** Member Voices, Fieldsights, June 9, 2020. Disponível em: <https://culanth.org/fieldsights/a-manifesto-for-patchwork-ethnography>

HALSE, Christine. **Biopolitics and the 'obesity epidemic' : governing bodies.** Ed: Wright, Jan & Harwook, Valerie. Routledge, 2009.

HARAWAY, Donna. **Simians, cyborgs, and women: the reinvention of nature.** New York: Routledge, 1991.

_____. **Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial.** Cadernos Pagu (5), Campinas-SP, Núcleo de Estudos de Gênero - Pagu/Unicamp, 1995.

_____. **Staying with the trouble.** Duke University Press. 2016.

HALBERSTAM, Jack. **A arte queer do fracasso.** Tradução: Bhuvli Libanio; prefácio Denílson Lopes. Recife: Cepe. 258pp, 2020.

HENSLEY, Anna, **"The Terror Within:" Neoliberalism and the Rhetoric of the Obesity Crisis".** Dissertations, Syracuse University, 2015.

HOLANDA, Lorena Guimarães Martins et al . **Excesso de peso e adiposidade central em adultos de Teresina-PI.** Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo , v. 57, n. 1, p. 50-55, Feb. 2011 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302011000100016&lng=en&nrm=iso

ILLICH, I. **A Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

JIMENEZ, Maria Luiza Jimenez. **Lute como uma Gorda: Gordofobia, Resistências e Ativismos.** Rio de Janeiro, Ed. Casa Philos, 2020.

KUSCHNIR, Karina. **A antropologia pelo desenho: experiências visuais e etnográficas.** Cadernos de Arte e Antropologia [Online], Vol. 5, No 2 | 2016, posto online no dia 01 outubro 2016, consultado 20 agosto 2023. URL: <http://journals.openedition.org/cadernosaa/1095>

KIERNIEW, Janniny Gautério; FRÖHLICH, Cláudia Bechara; MOSCHEN, Simone. **Límiars no Hospital: Bordar histórias, escrever memórias.** Revista Conhecimento Online | Novo Hamburgo | a. 12 | v. 2 | mai./ago. 2020.

KILOMBA, Grada. **Memórias da plantação: Episódios de racismo cotidiano.** Rio de Janeiro: Ed. Cobogó, 2019.

YAZICI , Dilek; FERSAHOĞLU , Mehmet M.; FERSAHOĞLU, Tuba, BULUT, Nuriye Esen, ÇİĞİLTEPE, Hüseyin, ÇELER, Özgen, Et. At.; **Status of Weight Change, Lifestyle Behaviors, Depression, Anxiety, and Diabetes Mellitus in a Cohort with Obesity during the COVID-19**

Lockdown. Turk-Com Study Group. *Obes Facts* 3 August 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000522658>

L'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. **COVID-19 (SARS-CoV-2) : Recommandations intérimaires pour la protection des travailleurs Immunodéprimés.** 2020.

LATOUR, Bruno. **A Esperança de Pandora.** Bauru, SP: EDUSC, 2001.

LAW, J. **On Sociology and STS.** *The Sociological Review*, 56(4), 623-649. 2008.

LEUNG , Samantha E.; DALIRI, Venus; CASSIN ,Stephanie E., HAWA, Raed, SOCKALINGAM , Sanjeev. **Mental health outcomes in revisional versus primary bariatric surgery patients: A matched case control study.** *Journal of Psychosomatic Research*, Volume 170, 2023, Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399923001927>

LOUDERBACK, L. **More People Should Be Fat.** *Saturday Evening Post*, 4/11/1967. p10-12, 1967.

LUPTON, Deborah. **Fat Politics: Collected Writings.** Sydney: University of Sydney, 2013.

_____. **Digital Sociology.** Routledge, 230p. 2015.

_____. **'Where's Me Dinner?': Food Preparation Arrangements in Rural Australian Families.** *Journal of Sociology* 36, no. 2, 172–86 (August 2000). Disponível em: <https://doi.org/10.1177/144078330003600203>.

LOVE, Hess. **White Supremacy, Colonialism and Fatphobia are Inherently Tied to Each Other.** *Wear Your Voice.* Publicado em 21 de novembro de 2018. Disponível em: <https://wearyourvoicemag.com/white-supremacy-colonialism-fatphobia/>.

MASSON, L. **Un rugido de rumiantes: apuntes sobre la disidencia corporal desde el activismo gordo.** In: CONTRERA, L.; CUELLO, N. (Org.) *Cuerpos sin patrones: Resistencias desde las geografías desmesuradas de la carne.* Buenos Aires: Trio editorial, 2017. p. 131-144.

MARQUES, André de Azevedo. **Texto Quer Dizer Tecido - Um Ensaio Sobre O Têxtil.** *Anais do Conic-Semesp. UNIP - Universidade Paulista, / Volume 6, 2018.* Disponível em: <https://www.conic-semesp.org.br/anais/files/2018/trabalho-1000001690.pdf>

MARTIN, Denise, SPINK, Mary Jane, & PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. **Corpos múltiplos, ontologias políticas e a lógica do cuidado: uma entrevista com Annemarie Mol.** *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 22(64), 295-305. (2018) Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0171>

M'CHAREK, A. **Beyond fact or fi ction: on the materiality of race in practice.** *Cultural Anthropology*, Washington, v. 28, n. 3, p. 420-442, 2013.

_____. **Race, time and folded objects: the HeLa error.** *Theory, Culture & Society*, London, v. 31, n. 6, p. 29-56, Nov. 2014.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000500005&lng=en&nrm=iso

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria no 424/GM/MS, de 19 de março de 2013. **Novas diretrizes para a organização da prevenção e tratamento da obesidade dentro da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.** *Diário Oficial da União* 2013.

MELLO, Anahi Guedes de. **Deficiência, incapacidade e vulnerabilidade: do capacitismo ou a preeminência capacitista e biomédica do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC.** *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 21, n. 10, p. 3265-3276, Oct. 2016.

MISTRO, Julia. **Performando riscos: autoetnografia de viver com Diabetes Tipo 1 na pandemia de Covid-19**. Dissertação apresentada na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, 2021.

MOL A. **The body multiple: ontology in medical practice**. Londres: Duke University Press; 2002.

_____. **The logic of care: health and the problem of patient choice**. New York: Routledge; 2008.

MOL A; MARC B, organizadores. **Differences in medicine: unraveling practices, techniques and bodies**. Durham: Duke University Press; 1998.

MOL, Annemarie & MOSER, Ingunn & POLS, Jeannette. **Care in Practice: On Tinkering in Clinics, Homes and Farms**. *Care in Practice*. (2010) 8. 10.14361/transcript.9783839414477.

MONTALBETTI, Cynthia Jazmin Luna. **Cuerpas Gordas de Abya Yala: Colonialidad, Racismo y Gordofobia**. *Feminismos latino-americanos, activismos e insurgências – Parte 2.v. 6 n. 1*, 2022.

MORAES, M. O., & ARENDT, R. J. J. **Contribuições das investigações de Annemarie Mol para a psicologia social**. *Psicologia Em Estudo*, 18(2), 313–321, 2013.

NAAFA. **National Association to Advance Fat Acceptance**. Disponível em <https://naafa.org/>.

NEHUSHTAN, H. **The Ethical Work of Weight Loss Surgery: Creating Reflexive, Effortless, and Assertive Moral Subjects**. *Cult Med Psychiatry* 47, 217–236, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11013-021-09756-z>

NEVES, Tiago Iwasawa; PORCARO, Luiza Almeida; CURVO, Daniel Rangel. **Saúde é colocar-se em risco: normatividade vital em Georges Canguilhem**. *Saúde Soc. São Paulo*, v.26, n.3, p.626-637, 2017.

NETO, Albérico Araújo Sial; NEGREIROS, Emílio de Britto. Sobre **O Aspecto Ontológico Da Precariedade Na Obra Quadros De Guerra**. *Perspectiva Filosófica*, vol. 49, n. 2, 2022.

O ASSUNTO. **Ozempic - a caneta do emagrecimento**. Narração: Natuza Nery. 29 de mar. de 2023. Podcast. Disponível em: <https://globoplay.globo.com/podcasts/episode/o-assunto-1/67b6b00b-7cfa-4893-a40d-a23046dda33e/>. Acesso em 30/03/2023.

O IMPARCIAL. **Você conhece os sotaques do Bumba-Meu-Boi?** 28 de Maio de 2020. Disponível em: <https://oimparcial.com.br/turismo/2020/05/voce-conhece-os-sotaques-do-bumba-meu-boi-2/>.

ORBACH, Susie. **Gordura é uma Questão Feminista: um manual de auxílio para quem come sem parar**. Tradução de Cinthia Barki. Editora Record, Rio de Janeiro, RJ. 1978.

ORTEGA, F. **Deficiência, autismo e neurodiversidade**. *Cienc. Saude Colet.*, v.14, n.1, p.67-77, 2009.

PAIM, Marina Bastos; KOVALESKI, Douglas Francisco. **Análise das diretrizes brasileiras de obesidade: patologização do corpo gordo, abordagem focada na perda de peso e gordofobia**. *Saude soc.*, São Paulo, v. 29, n. 1, e190227, 2020. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902020000100310&lng=pt&nrm=iso.

PAIXÃO, Larissa Baldoíno da; STENGEL, Márcia. **Corpos (In)Dóceis: A Cirurgia Bariátrica em seu Efeito Disciplinar e Biopolítico**. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 285-298, abr. 2020.

PARADIS, Elise. **“Obesity” as Process: The Medicalization of Fatness by Canadian Researchers, 1971-2010**. Chapter in Ellison J, McPhail D and W Mitchison. *Obesity in Canada: Critical Perspectives*. University of Toronto Press, pp. 56-88, 2016.

PERIN, Vanessa Parreira. Sobre histórias, fragmentos e silêncios em narrativas engajadas. Anuário Antropológico v. 46, n. 1, pp. 298-314. Universidade de Brasília, janeiro-abril, 2021.

POULAIN Jean-Pierre. **Sociologia da obesidade**. São Paulo: Editora Senac São Paulo; 2013.

PRADO, M. **Psicologia Política e Ação Coletiva**. Revista Psicologia Política / Sociedade Brasileira de Psicologia Política – v.1., no 1 – (Jan./Jun. 2001).

_____. **Ambulare**. Belo Horizonte (MG): PPGCOM UFMG, 2018.

RAPHAEL D, E; BRYANT T; DAISKI I; PILKINGTON B; DINCA-PANAITESCU S; DINCA-PANAITESCU M. Type 2 Diabetes: Poverty, Priorities and Policy. **The Social Determinants of the Incidence and Management of Type 2 Diabetes**. Toronto: York University School of Health Policy and Management and School of Nursing; 2010.

RADIANCE. Revista. Disponível em <http://www.radiancemagazine.com>.

RANGEL, Natalia. **Redes da internet como meio educativo sobre gordofobia**. Trabalho de Conclusão de Licenciatura Curso de Ciências Sociais. UFSC, 2017.

RAPOSO, Leila Cunha. **Antigordofobia em perspectiva decolonial**. Resista! Observatório de Resistências Plurais. Publicado em 17 de novembro de 2020. Disponível em: https://resistaorp.blog/2020/11/17/antigordofobia-em-perspectiva-decolonial/#_ednref1

RAMMINGER, Tatiana. **Entre a normatividade e a normalidade: contribuições de G. Canguilhem e M. Foucault para as práticas de saúde**. Mnemosine Vol.4, nº2, p. 68-97, 2008.

ROLNIK, Sueli. Esferas da Insurreição: Notas para uma vida não cafetinada. N-1 edições, 2018.

_____. **“Uma insólita viagem à subjetividade: fronteiras com a ética e a cultura”**. São Paulo: Núcleo de estudos da subjetividade, 1997. Disponível em: <http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/suely%20rolnik.ht>.

ROSE, N. **The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century**. Princeton University Press, 2007.

_____. **Biopolítica molecular, ética somática e o espírito do biocapital**. In: SANTOS, Luis Henrique Sacchi dos; RIBEIRO, Paula Regina Costa (Orgs.). Corpo, gênero e sexualidade: instâncias e práticas de produção nas políticas da própria vida. Rio Grande: FURG, 2011.

_____. **A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI**. São Paulo: Paulus, 2013.

SANCHES, V. N. L. **Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da saúde mental em um serviço de atenção básica no município do Rio de Janeiro**. Dissertação de mestrado em saúde coletiva, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2010.

SANCHEZ, Z.M. & NAPPO, S.A. **Seqüência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes**. Revista de Saúde Pública 36 (4), 420-430. 2002.

SANT'ANNA, Denise Bernuzzi. **Cuidados de Si e Embelezamento Feminino: fragmentos para uma história do corpo no Brasil**. IN: Sant'anna, D. B. (Org.). Política do Corpo. São Paulo: Estação Liberdade, p. 121-139, 1995.

SALITURO, N; LANDI, G.; GARELLI, S.; BALSAMO, F.; ROTTOLI, M.; CATTIVELLI, R.; TOSSANI, E.; GRANDI, S.; PAGOTTO, U.; BERNANTE, P.; AGOSTINI, A. **The impact of psychological distress on weight regain in post-bariatric patients during the COVID-19 pandemic: A latent**

profile analysis. Journal of Psychosomatic Research, Volume 165, 2023. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399922004299>

SALTON, Bruna Poletto. **Manual de acessibilidade em documentos digitais.** Bento Gonçalves, RS : Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul, 2017.

SEGRE, Marco. **O conceito de saúde.** Rev. Saúde Pública, 31 (5): 538-42, 1997.

SILVA, Eduardo Figueira e. **Diálogos simpoiéticos: entre a história de cesto, a fabulação especulativa, a figura de barbante e a semiologia da realidade.** DEXPO VAGALUMES - Vozes da Cultura Popular / 100 anos de nascimento de Pier Paolo Pasolini; Intervenções no projeto MOTIRÔ - O festejo como testemunho, 2022.

SOUSA, Juliana Padilha. **Tramas invisíveis: bordado e a memória do feminino no processo criativo.** Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências das Artes, Programa de Pós-Graduação em Artes, Belém, 2019.

SOUZA, Rayane. **Dia oficial da luta contra a gordofobia: "sofri preconceito de uma médica".** A Gazeta. Setembro, 2020. Disponível em: <https://www.agazeta.com.br/colunas/rayane-souza/dia-oficial-da-luta-contr-a-gordofobia-sofri-preconceito-de-uma-medica-0920?utm_medium=redacao&utm_source=facebook&fbclid=IwAR0BPsPcbL4zqOHgOWKBU2cy4JdWu9MxF3O37WbZ4oRW1zrQiVxX60Y0hl>

STRINGS, Sabrina. **Fearing the Black Body: The Racial Origins of Fat Phobia.** New York University Press, 2019.

_____. **It's Not Obesity. It's Slavery: We know why Covid-19 is killing so many black people.** Disponível em <https://www.nytimes.com/2020/05/25/opinion/coronavirus-race-obesity.html>

SOLOVAY, S.; ROTHBLUM, E. (Eds.). **The fat studies reader.** New York University Press. 2009.

TEIXEIRA, Fábio Luís Santos; FREITAS, Clara Maria Silvestre Monteiro de; CAMINHA, Iraquitana de Oliveira. **A lipofobia nos discursos de mulheres praticantes de exercício físico.** Motriz: rev. educ. fis. 18 (3), Set 2012. <https://doi.org/10.1590/S1980-65742012000300019>

THE ECONOMIST. **A new class of drugs for weight loss could end obesity.** Publicado em 02/03/2023. Disponível em: <https://www.economist.com/briefing/2023/03/02/a-new-class-of-drugs-for-weight-loss-could-end-obesity>

TOVAR, Virgie. **Meu corpo, minhas medidas.** Ed. Primavera; 1ª edição, 2018.

VASCONCELOS, Naumi A.; SUDO, Iana; SUDO, Nara. **Um peso na alma: o corpo gordo e a mídia.** Revista Mal-Estar e Subjetividade / Fortaleza / V. IV / N. 1 / P. 65 - 93 / Mar. 2004.

VICTOR, Dório. **Obesos fazem exame médico em equipamentos para cavalos, no Rio.** G1. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://g1.globo.com/Noticias/Rio/0,,MUL17711-5606,00OBESOS+FAZEM+EXAME+MEDICO+EM+EQUIPAMENTOS+PARA+CAVALOS+NO+RIO.html> Acesso em 02/2021.

VIGARELLO, G. **As metamorfoses do gordo: história da obesidade no Ocidente.** Tradução de Marcus Penchel. Petrópolis: Vozes, 2012.

ORTEGA, F. **Deficiência, autismo e neurodiversidade.** Cienc. Saude Colet., v.14, n.1, p.67-77, 2009.

VOGEL, E. **Subjects of care: Living with overweight in the Netherlands.** UvA-DARE Digital Academic Repository, University of Amsterdam, 2016.

WANN, Marilyn; Esther D. ROTHBLUM; Sondra SOLOVAY. **The Fat Studies Reader**, 2009.

WHARTON, Sean et al. **Obesity in adults: a clinical practice guideline**. CMAJ 2020.

WOLF, Naomi. **O mito da Beleza: como as imagens de beleza são usadas contra as mulhetres**. Tradução Waldea Barcellos – 3ªEd. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2018.

WOLFE, M. B., WILLIAMS, T. J., DEWEY, E. N., MITCHELL, J. E., POMP, A., & WOLFE, B. M. **Health change awareness and its association with weight loss following bariatric surgery**. Health Psychology, 42(6), 403–410. 2023. <https://doi.org/10.1037/hea0001279>

ZORZANELLI, RT; ORTEGA, F.; BEZERRA, B. **Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010**. Ciência & Saúde Coletiva, 19(6):1859-1868 , 2014.

ZIMMERMANNHTTPS, William. **Série Como Funciona: Série “Como Funciona”: O Sistema De Saúde Em Québec**. Quebec em Foco. Disponível em <://www.quebecemfoco.com/imigracao/como-funciona/como-funciona-o-sistema-de-saude-em-quebec/>. Acesso em 13/05/2022.

UAI. Arnaldo Schainberg. **Cirurgia bariátrica: quando nem tudo são flores**. Publicado em: 12/09/2020. Disponível em: <https://www.uai.com.br/app/noticia/saude/colunistas/arnaldo-schainberg/2020/09/12/noticias-saude,262493/cirurgia-bariatrica-quando-nem-tudo-sao-flores.shtml>. Acesso: 10/03/2021.