

**X Seminário de Pesquisas FESPSP**  
**De 16 a 19 de novembro de 2021**  
**EIXO 3: Políticas Públicas e Direitos Humanos**

**Ariane Mazza Ribeiro Camargo de Oliveira<sup>1</sup>**

**Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo**

**Orientadora: Profa. Sonia Nussenzweig Hotimsky**

**TAMANHO IMPORTA? COMO PESSOAS GORDAS EXPERIENCIAM O  
DIREITO À SAÚDE PELO SUS NA CIDADE DE SÃO PAULO**

---

<sup>1</sup> Graduanda de Ciências Sociais pela Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo – FESPSP  
[arianemrco@gmail.com](mailto:arianemrco@gmail.com)

## Resumo

Não é recente o debate sobre os efeitos sociais de uma economia política guiada sob a ideologia do neoliberalismo. A partir dos anos 1970, importantes acadêmicos passaram a analisar e nomear diferentes fenômenos encontrados na área da saúde, como a medicalização e o salutarismo.

O presente artigo pretende compreender como a construção da epistemologia ocidental toma por sujeito universal o corpo magro e as implicações dessa classificação para o corpo gordo em determinado tempo e espaço. Trata-se de pesquisa de iniciação científica que busca analisar, por meio de revisão bibliográfica, como se dá o acesso – ou não – aos serviços e ações de saúde pela pessoa gorda e quais suas causas e consequências.

Por último, o projeto pretende, enquanto pesquisa qualitativa, entrevistar pessoas gordas atendidas pelo Sistema Único de Saúde da cidade de São Paulo para compreender as barreiras enfrentadas pelo corpo gordo ao buscar exercer seu direito à saúde nos determinados tempo e espaço mencionados.

**Palavras-chave:** Gordofobia; Estigma do peso; Salutarismo; Eugenia; Marcadores sociais da diferença

# **TAMANHO IMPORTA? COMO PESSOAS GORDAS EXPERIENCIAM O DIREITO À SAÚDE PELO SUS NA CIDADE DE SÃO PAULO**

## **Introdução**

No início dos anos 1970, o sociólogo Irving Zola (1972) escreveu sobre a transformação da medicina numa instituição de controle social, no novo repositório da verdade em que julgamentos seriam realizados por especialistas supostamente moralmente neutros e objetivos em nome da saúde. Essa perspectiva crítica da saúde desafiou o estruturalismo funcionalista de Talcott Parsons (1951), que acreditava na medicina enquanto instituição encarregada de lidar com doenças consideradas sob uma perspectiva social como uma condição desviante legítima e temporária.

Zola descrevia a instituição médica como uma igreja sem religião, que tomava o papel social de regulamentação da vida antes pertencente à igreja e, em sequência, ao poder das leis. Os dois aspectos mais importantes da medicalização, na visão do autor, seriam a jurisdição e legitimação de competências da profissão médica e a abrangência da variedade de fenômenos sociais considerados doenças. O fenômeno estudado pelo sociólogo funcionava como uma estratégia de despolitização de sociedades ao classificar dissidências como problemas individuais a serem consertados por meios técnicos.

“A ciência médica passa a definir o progresso e o sentido da vida em novos termos. A saúde torna-se não apenas o meio para

uma finalidade maior, mas a finalidade em si, não se tratando mais de um dos pilares do bem viver, mas sua própria definição”. (Zola, 1977, p. 51)

Paradoxalmente, a tentativa de atribuir um papel mais ativo ao paciente fortalece o poder disciplinante da medicina implícito em sua epistemologia e, em particular, no “olhar médico” (Foucault, 1973). De acordo com Foucault, o discurso clínico moderno basear-se-ia na localização do evento patológico dentro dos limites do corpo individual.

Para Robert Crawford (1980), o termo “salutarismo” (*healthism*, em inglês), anteriormente cravado por Zola, constituiria uma nova forma de pensar a saúde. Para ele, numa tentativa de assumirmos o controle de forças ativas que nos envolvem em meio a uma cultura medicalizante e reificadora, tomamos a decisão de personalizar nossas responsabilidades. Sob uma visão psicobiologista, separam-se os significados de saúde e de doença da sociedade em que são construídos: segundo o salutarismo, o indivíduo é o único responsável por sua saúde ou seu adoecimento. Essa perspectiva ignora as influências sociais, econômicas e culturais do meio, abordando práticas e esforços individuais como único caminho para o bem-estar.

Como bem apontado por Robert Crawford (1980):

Para o salutarista, a solução [para a saúde] repousa na determinação do indivíduo para resistir à cultura, à publicidade, aos constrangimentos institucionais e ambientais, aos agentes de doenças ou, simplesmente, aos hábitos pessoais preguiçosos. Em essência, então, a causa fica ao alcance individual, e a solução é criada dentro do mesmo espaço estreito.

(...)

Na medida em que o salutarismo dá contornos a crenças populares, continuaremos a ter uma concepção e estratégias de promoção de saúde apolíticas, e, portanto, sem efeitos. Além disso, ao conceder à saúde um estatuto de supervalor, uma metáfora para tudo o que há de bom na vida, o salutarismo reforça a privatização da luta por generalização do bem-estar.

Ao se tornar um conceito autônomo, o salutarismo desenvolve-se em quatro direções diferentes (Turrini, 2015): primeiro, trata da disseminação da percepção e ideologia médica (Crawford, 1980, p. 370) entre leigos que geralmente contestam a prerrogativa médica e reivindicam um papel mais ativo no processo de cuidado de saúde; segundo, foca em estilos de vida como atitudes, emoções e comportamentos sobre prevenção de doenças, manutenção de saúde e promoção de bem-estar; terceiro, o indivíduo não apenas se torna o terreno privilegiado de intervenção e explicação médicas, mas também o sujeito responsável por sua própria saúde, quarto, **a responsabilidade individual implica um processo de culpa que gera uma nova forma de moralismo**<sup>2</sup>, segundo o qual “comportamentos saudáveis tornam-se o paradigma do bem-viver” (Crawford, 1980, p. 380).

O estilo de vida, construído em termos de fatores de risco associados às noções de saúde em eterna expansão, é integrado ao modelo tradicional de provisão de serviço médico que se torna um importante vetor dessa nova ideologia de saúde. **Clínicos gerais são os pastores dessa nova forma de higienismo, que não ocorre na sociedade, mas no espaço individual de encontro entre médico e paciente**<sup>3</sup> (Turrini, 2015, p. 19).

Um debate importante, que vem ganhando espaço a cada dia, trata da discriminação, da estigmatização e da negligência relacionadas a corpos gordos por conta da individualização e moralização da busca por saúde, validadas por uma epistemologia em perfeita consonância com a ideologia neoliberal. De acordo com

---

<sup>2</sup> Grifo meu

<sup>3</sup> Grifo meu

Marcella Betti et al. (2018), “atualmente, a saúde se transformou numa espécie de ideal que todas as pessoas devem almejar e atingir, independentemente das características de cada indivíduo”.

Aqui, o esforço e empenho colocados sobre o “aperfeiçoamento” do corpo e a “conquista” da saúde são percebidos como um discurso em ascensão sob a lógica salutarista, que enxerga a saúde como uma questão a ser trabalhada no âmbito individual.

### **Da discriminação e estigmatização do corpo gordo**

O estigma do peso refere-se aos estereótipos, associações e características negativas associadas ao peso. Goffman (2008) argumentou que o estigma é ligado a aspectos de um indivíduo que são “profundamente depreciativos”, incluindo “estigmas tribais”, “manchas de caráter individual” e “abominações do corpo”. O corpo gordo é “desacreditado”, um sinal visível para os outros que seu portador é diferente, desviante, um perigo muitas vezes apresentado como o risco/ônus econômico para a sociedade.

O preconceito contra pessoas gordas<sup>4</sup> abala não apenas a saúde, mas os direitos humanos e sociais de suas vítimas. É de extrema importância que o tema seja tratado com seriedade e que novas pesquisas busquem questionar a propagação de ideais neoliberais - que, na saúde, entendem o corpo como um elemento moldável a partir de práticas individuais viabilizadas por uma pretensa liberdade de escolha - e eugenistas - como a arbitrária construção e uso do Índice de Massa Corporal para classificação individual (STRINGS, 2019).

Desenvolvida durante o boom do racismo científico no século XIX, por Adolphe Quételet, um acadêmico belga do século XIX especializado em matemática, astronomia, estatística e sociologia, mas que nunca estudara medicina, a tabela de IMC tinha o intuito de identificar as características do homem mediano, que constituiria o ideal social para

---

<sup>4</sup> A escolha pela expressão “pessoas gorda” é intencional, pois quando se fala em “obesos”, “acima do peso” ou “sobrepeso” refere-se a uma categoria nosológica criada sob o discurso biomédico. “Gordo”, aqui, é usado como identificador social, tal como “queer” no movimento LGBTQIA+ e “puta” por trabalhadoras sexuais.

Quételet. Sua pesquisa para construção da tabela foi construída sobre a análise de homens franceses e escoceses, ou seja, o índice foi elaborado exclusivamente por e para homens europeus ocidentais brancos. Embora a escala de Quételet fosse usada durante algumas décadas para justificar o racismo científico, seu autor foi claro sobre o fato de que tal índice constituía um meio de medir populações estatisticamente, não de maneira individual. A escala foi praticamente ostracizada até o início do século XX, quando convênios de saúde e seguros de vida passaram a utilizá-la nos Estados Unidos para determinar o valor a ser cobrado de seus segurados, variando conforme o entendimento da empresa, que empregava agentes de vendas para tal serviço. Nos anos 1970, o pesquisador Ancel Keys conduziu uma pesquisa sobre a tabela com 7.500 homens – predominantemente brancos. Keys considerou seu estudo a prova do sucesso da escala de IMC, já que seria capaz de diagnosticar “obesidade” cerca de 50% das vezes. Em 1985 a “obesidade” foi oficialmente ligada à tabela de IMC pelo Instituto Nacional de Saúde dos EUA e, em 1998, institutos nacionais de saúde do norte global diminuíram os limites para a classificação de obesidade sob a justificativa de que seria mais “prático” trabalhar com números arredondados. Essa segunda mudança foi o que pavimentou o caminho para o pânico da “epidemia da obesidade” na saúde pública no século XXI. O IMC superestima gordura e riscos de saúde para pessoas negras<sup>5</sup> e subestima para comunidades asiáticas, além de ser impreciso para pessoas designadas mulheres no nascimento (RACETTE, 2003; STRINGS, 2019).

Além da problemática do uso da tabela de IMC para categorizar corpos entre saudáveis e doentes, existem muitas outras práticas que prejudicam direta e indiretamente a saúde e os direitos de pessoas gordas, como as que desencorajam e até mesmo dificultam mulheres gordas a engravidar, especialmente as racializadas e de classes baixas (MCPHAIL, 2016), a ausência de equipamentos adequados para corpos gordos em ambientes clínicos (RUBINO et al. 2020), o tratamento discriminatório por parte de profissionais da saúde em relação a pacientes gordos, com frequência considerados preguiçosos, gulosos, incompetentes, sem disciplina e sem força de

---

<sup>5</sup> The Endocrine Society. "Widely Used Body Fat Measurements Overestimate Fatness In African Americans, Study Finds." ScienceDaily. ScienceDaily, 22 June 2009. [www.sciencedaily.com/releases/2009/06/090611142407.htm](http://www.sciencedaily.com/releases/2009/06/090611142407.htm)

vontade (RUBINO et al. 2020) e até campanhas e políticas públicas que visam o emagrecimento (SALAS, 2015).

A pesquisa realizada por Schwartz et al. (2006) pelo site <http://www.weightbias.org> e com participação de um público concentrado em países anglófonos, com mais de quatro mil pessoas, indicou que 46% dos participantes preferiria perder um ano de vida do que ser gordo, 30% relatou que preferiria ser divorciado a ser gordo, 25% preferiria ser estéril, 15% ter depressão severa, 14% ser alcoólatra, 5% perder um membro e 4% preferiria ser cego.

Em artigo analítico sobre atitudes discriminatórias e comportamentos contra pessoas gordas, Rebecca Puhl e Kelly Brownell (2001) informaram que, entre as descobertas, 28% de professores em um estudo alegaram que se tornar “obeso” seria a pior coisa que poderia acontecer a um ser humano, 24% de enfermeiras disseram sentir repulsa por indivíduos “obesos” e que, de acordo com notas e renda, pais forneceria menos apoio financeiro para graduação de filhos “obesos” do que a filhos magros, além de sugestivas evidências de discriminação que ocorreriam em processos de adoção, seleção de júris, financiamento de casa e outras áreas.

Em 2020, um grupo multidisciplinar de especialistas publicou uma declaração conjunta em consenso internacional sobre as evidências a respeito das causas e consequências do estigma do peso. O consenso reconhece que pessoas gordas são socialmente estigmatizadas, sujeitas a discriminação em todo tipo de ambiente, como de trabalho, educacional e de promoção de saúde e que a natureza dos danos causados é tanto física quanto psicológica, levando esses indivíduos a não receberem tratamento adequado de profissionais da saúde (RUBINO et. al. 2020).

Chrisler e Barney (2016) citam inúmeras consequências da gordofobia na vida de pessoas gordas, tanto diretas – como barreiras físicas (excesso de escadas, mobílias como cadeiras e mesa de exame projetadas para corpos magros, vestuário, equipamentos - Amy et al., 2006; Balkhi et al., 2013; Nyman et al., 2010), negativa de tratamentos (obstetrícia, de infertilidade, remoção de contraceptivos intrauterinos, etc - McPhail et al., 2016), políticas estabelecidas para negação de cirurgias eletivas (como prótese de quadril ou joelho - Brochu et al., 2014) até que a pessoa gorda emagreça,



menos tempo de consulta, menos paciência do médico com pacientes gordos e menos instrução sobre saúde do que com pacientes magros (Hebl & Xu, 2011; Puhl & Heuer, 2010), gerando mais chances de diagnósticos errados, etc – quanto indiretas – como o estresse acumulado por lidar com microagressões diárias e constantes que diminui o funcionamento do sistema imunológico, contribui para o desenvolvimento de inúmeras doenças crônicas e pode chegar a impedir pessoas gordas de alcançarem comportamentos saudáveis.

O “modelo de percepção de injustiça” de Jackson et al. (2006) aponta que experienciar preconceito ou discriminação ou testemunhar isso acontecendo com uma pessoa ou um grupo de pessoas ao qual você é socialmente ligado – como pessoas racializadas, pessoas gordas, pessoas LGBTQIA+, etc – desencadeia uma sequência de processos psicológicos e fisiológicos que, se repetidos com certa frequência, podem levar a prejuízos na saúde. Isso porque experienciar ou observar injustiças provoca hostilidade, que tem efeitos diretos nas funções cardíacas e pulmonares.

Cumpramos ressaltar que a gordofobia sofrida por um corpo gordo menor, jovem, branco, masculino, cisgênero, heterossexual é muito diferente da sofrida por corpos maiores, mais velhos, racializados, femininos, LGBTQIA+, com deficiência e periféricos. É importante mencionar o papel da interseccionalidade ao reconhecer os cruzamentos entre diferentes categorias de opressão.

## **Conclusões**

A “luta contra a obesidade” traduziu-se, ao longo de sua história, numa cruzada contra corpos gordos. Esse combate traz sofrimento, estigma, discriminação e ineficiência em relação à sua finalidade. É preciso construir políticas públicas que possam de fato pensar a saúde sem excluir grupos sociais vulneráveis ou marginalizados.

Apesar de garantido pela Constituição Federal de 88 em seu artigo 196, sabe-se que o acesso a políticas públicas e serviços de saúde não é experienciado em sua plenitude por grupos de diferentes marcadores sociais (DEHON et al. 2017), (GOES et al. 2020), (BOLTANSKI; 2004).

“Art. 196 A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” CF/88

Mesmo o Sistema Único de Saúde, construído a partir da premissa do acesso universal a saúde, não é capaz de superar todas as barreiras que surgem da complexa malha entre serviços, funcionários e pacientes em um país de dimensão continental como o Brasil (CUNHA, 2007; BARROS e SOUSA, 2016). São Paulo não seria exceção: a maior cidade do país comporta diferenças e desigualdades que refletem de maneira direta e indireta em desafios e obstáculos que se interpõe às tentativas de garantir o acesso à saúde de seus habitantes.

Assim como no caso de outros marcadores sociais da diferença, não é recente a discussão sobre as dificuldades no acesso à saúde por pessoas gordas. Sabe-se que elas acabam tendo seu quadro de saúde prejudicado pelo viés de confirmação de profissionais da saúde inseridos numa cultura lipofóbica e numa economia política em que corpos e práticas de saúde são considerados sob uma perspectiva individualizante<sup>6</sup> (SILVA, 2019; LEE e PAUSÉ, 2016). Profissionais da saúde tendem a examinar com menor diligência e durante menos tempo pacientes gordos, fazendo com que esses indivíduos não tenham acesso a tratamentos preventivos ou curas da mesma maneira que seus pares magros (DRURY, 2002; ALDRICH e HACKLEY, 2010; FORHAN e SALAS, 2013; PHELAN et al. 2015).

---

<sup>6</sup> <https://redeecoabms.ufms.br/gordofobia-medica-uma-barreira-entre-o-usuario-dos-servicos-de-saude>

Diante de extensas evidências acerca desse marcador social do corpo, impõe-se um questionamento: e se removêssemos a suposição de que “todos sabem que ser gordo não é saudável” e explorássemos se esse tipo de raciocínio é resultante da opressão sistemática e estrutural experienciada por pessoas gordas? (MUENNIG, 2008)

Além da falta de pesquisas científicas sobre a inacessibilidade à saúde de pessoas gordas, chamamos a atenção para a importância da pesquisa pelo fato de o Sistema Único de Saúde, um modelo de saúde pública adotado pela Constituição de 1988 e inspirado no National Health Service britânico, ser uma política pública de enorme importância para a saúde da população brasileira. Pesquisar sobre o acesso à saúde por pessoas gordas no sistema público faz parte de um conjunto de iniciativas que visam à análise e ao aperfeiçoamento das políticas públicas de saúde, reconhecendo marcadores sociais presentes nessa situação, como raça, classe e gênero.

É preciso aprofundar os estudos do estigma do peso no acesso à saúde e compreender como esse problema está intimamente ligado a uma economia política que entende a saúde e a doença como questões a serem tratadas apenas no plano individual, privatizando a luta pelo bem-estar geral, inviabilizando a implementação de políticas públicas de saúde efetivas e agravando o quadro de saúde de grupos marginalizados que experienciam o estresse da discriminação de maneira contínua e reiterada (SIKORSKI, 2015; TOMIYAMA, 2014; DENTATO, 2012).

## Referências bibliográficas

ALDRICH, Tess; HACKLEY, Barbara. The Impact of Obesity on Gynecologic Cancer Screening: An Integrative Literature Review. **Journal of Midwifery & Women's Health**. 344-356. Volume 55, No. 4, July/August 2010.

N. K, Amy et al. Barriers to routine gynecological screening for White and African American obese women. **International Journal of Obesity**, 30, 147–155. 2006 <http://dx.doi.org/10.1038/sj.ijo.0803105>

BALKHI, A. M. et al. Impact of perceived weight discrimination on patient satisfaction and physician trust. **Fat Studies**, 2, 45–55. 2013 <http://dx.doi.org/10.1080/21604851.2013.731955>

BETTI, Marcela et al. Os pesos da saúde e da beleza: experiências que desafiam as categorias médicas de corpo ideal. In Marcadores sociais da diferença: gênero, sexualidade, raça e classe em perspectiva antropológica. São Paulo, Editora Gamma, 2018. Pp. 207-226.

BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo**. 3ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

BROCHU, P. M. et al. Do media portrayals of obesity influence support for weight related medical policy? **Health Psychology**, 33, 197–200. 2014. <http://dx.doi.org/10.1037/a0032592>

CRAWFORD, Robert. Salutarismo e medicalização da vida cotidiana. **Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**. 2019 jan-mar.;13(1):100-121.

CUNHA, Alcione. Acesso e utilização de serviços de saúde no Estado da Bahia. Tese de doutorado. Salvador. 2007. <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/27076>

DEHON, Erin et al. A Systematic Review of the Impact of Physician Implicit Racial Bias on Clinical Decision Making. **Academic Emergency Medicine**. Volume24, Issue8, 895-904, August 2017.

DENTATO, M.P. The minority stress perspective. *Psychology & AIDS Exchange*, 37, 12-15. **American Psychological Association**. Washington, D.C. (Spring Issue) 2012.

DRURY,C.A.,Aramburu,C.,andLouis,M.(2002). Exploring the association between bodyweight, stigma of obesity, and health care avoidance. **J. Am. Acad. Nurse Pract.** 14,554–561 2002. doi:10.1111/j.1745-7599.2002.tb00089.x

FORHAN, Mary; SALAS, Ximenes. Inequities in Healthcare: A Review of Bias and Discrimination in Obesity Treatment, **Canadian Journal of Diabetes**, Volume 37, Issue 3, 2013, Pages 205-209, ISSN 1499-2671, <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2013.03.362>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1499267113005418>)

FOUCAULT, M. (1973). *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*. London: Tavistock Publications

GOES, Emanuelle F.; RAMOS, Dandara O.; FERREIRA, Andrea J. F. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2020, e00278110. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00278

GOFFMAN, Erving. *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro, Editora LTC, 4ª ed. 2008

HEBL, M. R., & XU, J. Weighing the care: Physicians' reactions to the size of a patient. **International Journal of Obesity**, 2001. 25, 1246–1252.

JACKSON, B. et al. Linking perceived unfairness to physical health: The perceived unfairness model. **Review of General Psychology**, 2006, 10, 21–40. <http://dx.doi.org/10.1037/1089-2680.10.1.21>

LEE, Jennifer A; PAUSÉ, Cat J. Stigma in Practice: Barriers to Health for Fat Women. **Front. Psychol.** December 2016, Volume7, Article 2063.

MCPHAIL, Deborah et al. Wombs at risk, wombs as risk: Fat women's experiences of reproductive care. *Fat Studies*. 5:2, 98-115, 2016. DOI: 10.1080/21604851.2016.1143754

MUENNIG, Peter. The body politic: the relationship between stigma and obesity-associated disease. *BMC Public Health* 8, 128. 2008. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-128>

NYMAN, V. M. K. et al. Obese women's experiences of encounters with midwives and physicians during pregnancy and childbirth. *Midwifery* (2010) 26, 424–429. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2008.10.008>

PARSONS, T. (1951). *The Social System*. Glencoe, IL: Free press

PHELAN, S. et al. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obesity Reviews*. Volume16, Issue4, Pages 319-326, 2015.

PUHL, Rebecca; BROWNELL, Kelly. Bias, Discrimination, and Obesity; **OBESITY RESEARCH** Vol. 9 No.12; Department of Psychology, Yale University; December 2001, 788-805

PUHL, R. M., & HEUER, C. A. Obesity stigma: Important considerations for public health. *American Journal of Public Health*, (2010) 100, 1019–1028. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2009.159491>

RACETTE SB, Deusinger SS, Deusinger RH. Obesity: overview of prevalence, etiology, and treatment. *Phys Ther*. 2003;83:276–288

RUBINO, Francesco et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nature Medicine*. VOL 26 | April 2020 | 485–497 | [www.nature.com/naturemedicine](http://www.nature.com/naturemedicine)

SALAS, X. R. "The Ineffectiveness and Unintended Consequences of the Public Health War on Obesity," *Canadian Journal of Public Health* 106, n. 2, 2015: e79-81, at e79

SCHWARTZ, MARLENE B., LENNY R. VARTANIAN, BRIAN A. NOSEK, AND KELLY D. BROWNELL. The influence of one's own body weight on implicit and explicit anti-fat bias. **Obesity**. 2006;14:440 – 447.

SIKORSKI, Claudia et al. Weight Stigma “Gets Under the Skin”—Evidence for an Adapted Psychological Mediation Framework—A Systematic Review. **Obesity Journal**. Vol23 N.2, pp.310-320. 2015.

SILVA, Silvia Elaine & Santos, Paloma. (2019). Gordofobia médica: manifestação de um estigma social como violação de direitos humanos.

STRINGS, Sabrina. *Fearing the black body: the racial origins of fatphobia*. New York University Press, NY. 2019.

The Endocrine Society. "Widely Used Body Fat Measurements Overestimate Fatness In African-Americans, Study Finds." ScienceDaily. ScienceDaily, 22 June 2009. [www.sciencedaily.com/releases/2009/06/090611142407.htm](http://www.sciencedaily.com/releases/2009/06/090611142407.htm)

TOMIYAMA, A. et al. Associations of weight stigma with cortisol and oxidative stress independent of adiposity. **Health Psychology**, 33(8), 862–867. 2014. <https://doi.org/10.1037/hea0000107>

TURRINI, M. A genealogy of “healthism”: Healthy subjectivities between individual autonomy and disciplinary control. **ea Journal**, Vol. 7 N° 1 (Jun. 2015). ISSN 1852-4680. [www.ea-journal.com](http://www.ea-journal.com)

ZOLA, Irving K. Medicine as an institution of social control. **The Sociological review** vol. 20,4; 487-504; 1972

ZOLA, I.K. (1977). Healthism and Disabling Medicalization. In Illich, I., Zola, I.K., McKnight, J., Caplan, J. & Shaiken, H. (eds.), *Disabling Professions* (pp. 41–67). London-NY: Marion Boyars