

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

Aline Maria Altenhofen

**Gordofobia obstétrica e corporalidades: experiências de gestantes gordas  
diante dos entendimentos de obesidade**

Porto Alegre

2023

Aline Maria Altenhofen

**Gordofobia obstétrica e corporalidades: experiências de gestantes gordas  
diante dos entendimentos de obesidade**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de mestra em Antropologia Social pelo Programa de Pós-graduação em Antropologia Social do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.  
Orientadora: Dra. Maria Paula Prates

Porto Alegre

2023

#### CIP - Catalogação na Publicação

Altenhofen, Aline Maria  
Gordofobia obstétrica e corporalidades:  
experiências de gestantes gordas diante dos  
entendimentos de obesidade / Aline Maria Altenhofen.  
-- 2023.  
140 f.  
Orientador: Maria Paula Prates.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências  
Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia  
Social, Porto Alegre, BR-RS, 2023.

1. gordofobia médica. 2. violência obstétrica. 3.  
saúde materna. 4. corpo gordo. 5. gestação dissidente.  
I. Prates, Maria Paula, orient. II. Título.

Aline Maria Altenhofen

**Gordofobia obstétrica e corporalidades: experiências de gestantes gordas  
diante dos entendimentos de obesidade**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de mestra em Antropologia Social pelo Programa de Pós-graduação em Antropologia Social do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

**Aprovada em:** Porto Alegre, 28 de novembro de 2023.

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Paula Prates (orientadora)  
Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (UFRGS)

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Aline Alves Veleza  
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Luisa Jimenez Jimenez  
Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social (UFRJ)

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Paula Sandrine Machado  
Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (UFRGS)

## AGRADECIMENTOS

À mãe Áurea Altenhofen, por constantemente me ensinar dedicação, amor e força. Pelo apoio incondicional. E por, desde cedo, me fazer acreditar que eu consigo tudo.

À dinda Neuza Barbosa e avó Maria Hillesheim, que estariam muito orgulhosas.

À bisa e demais ancestrais, muitas delas mulheres gordas que gestaram e pariram.

À orientadora Maria Paula Prates, pela confiança, afeto e tantas lições preciosas.

Que sorte contar com orientadora tão humana, competente e brilhante.

Às orientadoras anteriores Maria Elly Genro, Roberta Baggio e Carmen Machado.

A todas as amigas que me apoiaram ao longo dessa trajetória.

Às interlocutoras da pesquisa, que compartilharam sua intimidade e suas dores em prol da ciência e de possíveis condições melhores para as gerações futuras.

Às ativistas e pesquisadoras gordas e feministas que tanto me ensinaram e abriram os caminhos para que esta dissertação fosse possível.

À CAPES, pela bolsa concedida em parte do mestrado.

À UFRGS, que já me (trans)forma há 10 anos.

E a você, que está lendo esse trabalho e, portanto, também faz parte dele.

quando você passa  
o tempo todo  
se imaginando  
na pele de outra pessoa,

sua história pessoal  
deixa de ser escrita

& não há nada  
mais doloroso  
do que isso.

(Amanda Lovelace)

## RESUMO

Esta dissertação aborda como mulheres gordas diagnosticadas “obesas” entendem seus corpos e experienciam a gestação, parto e outros eventos relacionados à saúde materna e reprodutiva nos serviços de saúde e fora deles, diante das correlações com tal diagnóstico, a partir da pergunta “como o entendimento biomédico de obesidade impacta mulheres gordas gestantes no SUS?”. Questiona-se a existência de um modelo universalizante de “obesidade”, que patologiza corporalidades gordas e grávidas e pode definir quais pessoas estariam aptas a engravidar, contribuindo para injustiças reprodutivas e justificando discriminações e violências. A composição “gestante-gorda” indica dupla patologização, tanto pelo corpo que engravida, quanto pelo corpo gordo, podendo tais corporalidades serem compreendidas como doentes, anormais, em riscos, e ainda invisibilizadas, culpabilizadas ou punidas, o que pode causar tristeza, vergonha, medos e dúvidas. Atenta-se a violações de direitos pela falta de acessibilidade e abusos físicos e emocionais relacionados aos entendimentos biomédicos e estigmas/preconceitos imbuídos nos atendimentos de saúde materna, nessa intersecção da gordofobia estrutural e médica com casos de violência obstétrica, que denomino gordofobia obstétrica. Surge o corpo gordo/a gordura corporal como um importante marcador social para tratar de gestação, maternidades, saúde e acessibilidade, ao lado de outros como classe, raça e idade. Ressalta-se que pessoas em seus corpos gordos podem experienciar gestações e partos saudáveis, e trazer suas experiências à cena possibilita novas compreensões acerca das potencialidades das corporalidades gordas e visibiliza outras possibilidades de gestar, parir, maternar e bem-estar para além das “ideais”. Para chegar a essas reflexões, realizei pesquisa qualitativa com abordagem etnográfica que compreende interlocuções por entrevistas abertas on-line e presenciais com 3 usuárias do SUS que tiveram bebê há até 2 anos e já se denominavam gordas anteriormente à gravidez, além de observação não participante de grupos na rede social Facebook e fórum on-line de gestantes (que incluem serviços de saúde particulares), com notas em diário de campo.

**Palavras-chave:** gordofobia médica; violência obstétrica; saúde materna; corpo gordo.

## ABSTRACT

This dissertation addresses how fat women diagnosed as "obese" understand their bodies and experience pregnancy, childbirth and other events related to maternal and reproductive health in healthcare services and beyond, given the correlations with this diagnosis, starting from the question "how does the biomedical understanding of obesity impact fat pregnant women in the Brazilian Unified Health System (SUS)?" It questions the existence of a universalized model of "obesity", which pathologizes fat and pregnant corporealities and may define which people are fit to become pregnant, contributing to reproductive injustices and the justification of discrimination and violence. The "fat-pregnant" composition indicates a double pathologization, both for the body that becomes pregnant and for the fat body, and such corporealities can be understood as sick, abnormal, at risk, and also invisibilized, blamed or punished, which may cause sadness, shame, fears and doubts. The study indicates violations of rights due to the lack of accessibility and physical and emotional abuse related to biomedical understandings and weight stigma/prejudices imbued in maternal health care, at the intersection of structural and medical fatphobia with cases of obstetric violence, which I denominate obstetric fatphobia. The fat body/body fat emerges as an important social determinant for dealing with pregnancy, motherhood, health and accessibility, alongside other aspects, such as social class, race and age. It should be emphasized that people in their fat bodies can experience healthy pregnancies and births, and bringing their experiences to the scene enables new understandings about the potentiality of fat bodies and highlights other possibilities of pregnancy, childbirth, motherhood and well-being beyond the "ideal" ones. In order to arrive at these reflections, I conducted a qualitative study with an ethnographic approach, comprising open online and face-to-face interviews with 3 SUS users who had babies up to 2 years ago and already considered themselves fat before pregnancy. Finally, I also performed non-participant observations of groups on the Facebook social network and online forums for pregnant women (which include private health services), with notes in a field diary.

**Keywords:** medical fatphobia; obstetric violence; maternal health; fat body.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Convite à pesquisa 1 .....	18
Figura 2 – Convite à pesquisa 2.....	18
Figura 3 – Convite à pesquisa 3.....	18
Figura 4 – Vênus de Willendorf .....	46
Figura 5 - Sara Baartman.....	51
Figura 6 – Representação de “obesa” 1.....	99
Figura 7 – Representação de “obesa” 2.....	99
Figura 8 – Representação de “obesa” 3.....	99

## **APOIO DE FINANCIAMENTO CAPES**

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

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>1. CAMPO E INTERLOCUÇÕES.....</b>	<b>19</b>
1.1 Início do campo.....	19
1.2 Negra, gorda, grávida: a grande e multifacetada Dandara.....	29
<b>2. PERSPECTIVA BIOMÉDICA DE CORPO “ANORMAL” .....</b>	<b>44</b>
2.1 “Obesidade”: epidemia e doença moral .....	44
2.2 Por que falar de gestantes gordas? .....	58
2.3 Gorda e grávida: “você engravidou para morrer?”:.....	68
2.4 Gorda pode parir? .....	75
<b>3. O QUE SIGNIFICA SER UMA PESSOA GORDA?.....</b>	<b>84</b>
3.1 Identidades gordas.....	84
3.2 Acessibilidade e violências: “é como se uma gorda não tivesse direito de ser mãe”.....	93
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>113</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>124</b>

## INTRODUÇÃO

Esta pesquisa de mestrado é fruto de um sonho, feita com muito amor e certa dose de raiva. Decorre não apenas de minhas inquietações e curiosidades, mas também de meus desejos, experiências e emoções corporificadas ao longo da vida. Sou advogada, especialista em direitos humanos e em direito civil constitucional, e decidi por realizar o mestrado na antropologia porque queria poder investigar sobre corporalidades gordas. Tomei tal decisão diante da falta de opções para desenvolver uma pesquisa sobre a temática na minha área de formação na época em que ingressei no mestrado e porque, na linha de estudos da antropologia do corpo e da saúde, poderia dispor de ferramentas para investigar de forma mais aprofundada e reflexiva sobre o tema que desejava. Ao longo da graduação desenvolvi interesse por estudos de gênero, direitos humanos e direitos reprodutivos, havendo investigado no meu trabalho de conclusão de curso sobre a possibilidade de descriminalização do aborto no Brasil, quando me aproximei da antropologia. No entanto, ingressar no mestrado em antropologia social oriunda de outra área, sem conhecer ninguém do programa de pós-graduação, durante uma pandemia, com um modelo de ensino remoto que eu nunca havia experimentado, e diante de um contexto de tantas complexidades, foi uma grande alegria, mas também um enorme desafio. Os desafios iniciaram no processo seletivo, em que redigi um pré-projeto de pesquisa e fiz uma extensa e complexa prova escrita sem o apoio de ninguém da área, porque até chegar ao PPGAS não era próxima de nenhuma pessoa das ciências sociais ou da antropologia e que pudesse me auxiliar. Fui aprovada na prova escrita, realizei a entrevista e, ao finalizar, questionava-me se teria conseguido explicar à banca a importância e urgência que via em minha proposta de trabalho, e se eles haveriam entendido, ou, em caso negativo, se teriam achado absurda a ideia de pesquisar corpos gordos num país em que mais de metade da população vivia em insegurança alimentar e milhões de pessoas passavam fome. Porém, após algum tempo recebi a notícia de que havia sido selecionada e, além de surpresa, fiquei extremamente grata pela confiança do PPGAS/UFRGS por ter me aceitado e aberto as portas para acolher minha proposta de estudo.

A presente pesquisa se relaciona com minhas experiências e emoções corporificadas porque cresci e vivi a maior parte da vida com e num corpo gordo, o

que me permitiu constatar, muitas vezes, como a questão da “obesidade”<sup>1</sup> e da gordura corporal costuma ser tratada com forte responsabilização e culpabilização da pessoa, muitas vezes em desconsideração de todos os variados fatores que podem influenciar no peso corporal, tais como “genética”, questões sociais, culturais, ambientais etc. Tudo isso no Brasil, país líder mundial em cirurgias plásticas e procedimentos estéticos, em que é usual se cultuar a forma física e confundir “beleza” com “saúde”. Como referem Kulick e Machado-Borges (2005), a gordura nunca se trata apenas de saúde ou estética, mas sim de um símbolo que indica o que uma sociedade tem como mais belo e também como mais nojento e menos valioso, de modo que observar como as pessoas tratam a gordura pode indicar muito sobre como pensam em relação ao mundo em que vivem.

É comum tratar o peso como uma mera questão de força de vontade, sendo a magreza ou o emagrecimento como uma recompensa pelos esforços empregados para tanto. Notei que algumas pessoas têm muita dificuldade para se enquadrar no peso determinado como saudável segundo parâmetros científicos, e que para isso podem se sujeitar a grandes esforços e técnicas, paradoxalmente, nada saudáveis para se atingir o peso considerado ideal. Por décadas, desde a infância, realizei dietas e vivi com muitas restrições em busca de um peso que, apesar de meus esforços, nunca consegui atingir. Houve períodos nos quais me submeti ao consumo de medicamentos com fortes efeitos colaterais, realizava exercícios físicos muito frequentes e extenuantes, e, ainda assim, nada foi suficiente para chegar ao peso denominado “ideal”. Nesse sentido, embora sempre tenha adotado hábitos tidos como saudáveis, e tive o privilégio de poder ter uma alimentação rica em alimentos “nutritivos” e naturais e sempre praticar exercícios físicos, recebi o diagnóstico de “obesa” por quase toda a vida, mas não me reconheço como doente, porque meu corpo demonstra saúde e muitas potencialidades, ótimo em várias valências físicas, como força, flexibilidade, equilíbrio, dentre outras. Embora as capacidades de um corpo não indiquem saúde, no meu caso, é um corpo que canta, dança, viaja, nada, pedala, pensa e escreve. Meus exames biomédicos sempre tiveram resultados dentro da “normalidade”, e, de fato, ao me aproximar do campo de estudos dos *fat studies*, constatei que existem muitas pessoas gordas que são consideradas

---

<sup>1</sup> Utilizo aspas para me referir à linguagem biomédica, que é apenas uma das perspectivas sobre corporalidades gordas trazidas neste trabalho e que não adoto como a única possível, pois é considerada violenta por patologizar, medicalizar e reforçar estigmas sobre as pessoas gordas, conforme veremos ao longo da dissertação.

“metabolicamente saudáveis” e não apresentam doenças, em que pese adoecer também faça parte da vida, e todos os corpos estejam sujeitos a experienciar eventuais processos de adoecimento, ainda que “saudáveis”.

Tal pesquisa decorre, portanto, de inspirações individuais, meus próprios desejos e conhecimentos empíricos após experienciar o mundo em um corpo tido como “obeso” ou “obeso mórbido” desde a infância, havendo passado por múltiplos tipos de “tratamentos” e intervenções. Situo-me, nesse sentido, diante do problema de pesquisa valendo-me da experiência compartilhada de ser gorda com as minhas interlocutoras. Trata-se de uma pesquisa que é tanto propiciada por uma inquietação pessoal quanto – e sobretudo – fruto de alianças etnográficas decorrentes de experiências corporais compartilhadas. Esta dissertação é fruto dessas experiências em diferentes escalas, circunstâncias e propósitos. Decorre, também, de reflexões mais intensas ao longo do período de distanciamento social e isolamento pandêmico, época em que discussões sobre corporalidades gordas chamaram atenção nas redes sociais e nas mídias, a exemplo do compartilhamento de vídeos mostrando o “antes e depois”, ridicularizando a possibilidade de engordar enquanto se ficava em casa. Nessa mesma corrente, diversas dicas para “manter a forma” durante o período de distanciamento social inundaram as redes sociais por meio de aplicativos e vídeos on-line. Notícias que relacionavam “obesidade” a riscos aumentados de sofrer com a covid-19 e chegar a óbito também se tornaram cotidianas e me deparei até mesmo com conteúdos compartilhados por profissionais da saúde que pareciam celebrar a morte de pessoas gordas, as culpabilizando por terem morrido não apenas pela covid-19, mas por serem “obesas” e não terem “se cuidado”.

Quando enfim teve início a vacinação contra a covid-19 no Brasil, novamente tais corporalidades chegaram ao debate público, quando “obesidade” foi considerada um critério para grupo de risco, porém este benefício não contemplava todas as pessoas gordas, sendo necessário laudo médico que indicasse alguma comorbidade para ter acesso à vacina. Estranhamente, as pessoas que passaram o período pandêmico até então sendo alertadas que estavam diante de muitos riscos de vida por serem “obesas”, agora precisavam comprovar que possuíam uma “doença” e alguma comorbidade. Em relação aos corpos gestantes, também emergiram muitas discussões relativas à vacinação e aos possíveis riscos de contrair a doença. Foi divulgado que pessoas grávidas estariam em maior risco de

apresentar formas graves de covid-19, sobretudo nos três últimos meses da gestação e puerpério. No entanto, houve demora na inclusão de tal grupo como critério para comorbidades para a vacinação contra a covid-19, e muito foi discutido sobre possíveis danos ao feto, embora a vacinação tenha sido atestada como segura.

Tenho em vista, portanto, que no contexto brasileiro e em grande parte do mundo “ocidental”, viver em e com um corpo gordo pode significar estar sujeito a uma forte estigmatização, em grande parte influenciada por uma perspectiva sócio-biomedicalizada de corpos gordos, associando-se o diagnóstico e a corporalidade a uma condição de falência moral. No entanto, nem todo corpo que é considerado obeso pela biomedicina é adoecido. Incluso aqui questionamentos atuais do emprego do Índice de Massa Corporal (IMC) como régua para todos os corpos<sup>2</sup>. No campo de estudos em que se situa este trabalho, tem-se compreendido a gordofobia como um estigma social e institucionalizado, que se apresenta no comportamento de estigmatização e aversão englobados por meio de opressão que atinge as pessoas gordas, negando acessibilidade e levando à marginalização (Rangel, 2018; Arruda, 2019; Jimenez-Jimenez, 2020). Neste mesmo período pandêmico e principalmente desde meu ingresso no mestrado, no início de 2021, notei grandes avanços nos debates sobre esta temática.

Acompanhei, em menos de 3 anos, a inclusão do termo “gordofobia” nos dicionários da língua portuguesa<sup>3</sup>, a criação das primeiras leis e políticas públicas no Brasil voltadas para pessoas gordas, o surgimento de pesquisas sobre o tema em múltiplas áreas do conhecimento, com a ampliação e fortalecimento do campo de estudos de corpo gordo, havendo participado, inclusive, do “I Congresso da Pesquisa Gordas: ativismo, estudo e arte”, congresso pioneiro em estudos de corpos gordos no Brasil, realizado de forma on-line no ano de 2022. Quando ingressei no mestrado, ainda em 2021, sendo eu oriunda da área do direito, realizei uma pesquisa jurídica para investigar se havia algo no âmbito legal e de políticas públicas relativo às pessoas gordas. À parte de alguma jurisprudência na área do direito do trabalho, pouco encontrei. No entanto, neste período de realização do mestrado,

---

<sup>2</sup> COUZIN-FRANKEL, Jennifer. Obesity doesn't always mean illhealth. Here's what scientists are learning. Science, 2021. Disponível em: <https://www.science.org/news/2021/07/obesity-doesn-t-always-mean-ill-health-here-s-what-scientists-are-learning>. Acesso em: 15 set. 21.

<sup>3</sup> “Gordofobia”, disponível em: <https://www.academia.org.br/nossa-lingua/nova-palavra/gordofobia>. Acesso em: 07 set. 2023.

surgiram projetos de lei que versam sobre gordofobia, a exemplo da criação do Dia Municipal de Luta contra a Gordofobia em Recife, instituído pela Lei 18.831/2021, passando tal data a integrar o Calendário Oficial de Eventos do Município. Outro exemplo é a Lei 18.832/2021, que assegura às pessoas gordas carteiras escolares adequadas nas instituições públicas ou privadas de ensino básico e superior do Recife e garante o ensino livre de discriminação ou práticas gordofóbicas<sup>4</sup>. Em junho de 2022, foi proposto projeto de lei para incluir “o preconceito em razão do peso corporal relacionado à obesidade” no rol de crimes da Lei 7.716/1989, que trata dos crimes resultantes de preconceitos como os de raça ou de cor, dentre outros, e que pode passar a incluir a prática de gordofobia. Em maio de 2023, em Nova York, foi aprovada lei que proíbe discriminação por peso nos âmbitos de emprego, habitação e alojamento público, equiparando a gordofobia à discriminação por gênero e racismo no município<sup>5</sup>. Em junho de 2023, foi sancionada no Piauí a Lei Estadual nº 8.090, que instituiu o “Estatuto da Pessoa com Obesidade” no estado, prevendo “promoção à inclusão, proteção à saúde e a direitos, tratamento adequado, combate ao bullying, assistência social e trabalho”<sup>6</sup> às pessoas gordas. Acompanhei, ainda, matérias relativas à gordofobia veiculadas na televisão em rede nacional em que foram entrevistadas ativistas gordas, bem como em outros meios midiáticos, e vi este termo chegar um pouco mais ao conhecimento e debate público<sup>7</sup>.

Em janeiro de 2023, o caso da morte de Vitor, um jovem negro de 190 kg que morreu sem conseguir ser atendido após procurar ajuda em mais de 3 hospitais diferentes da rede pública de São Paulo, foi amplamente comentado nas mídias e trouxe os debates sobre gordofobia e “obesidade” novamente a tona. Vitor se sentiu mal, se dirigiu a diferentes hospitais e teve o atendimento negado em todos eles por

---

<sup>4</sup> “Recife é a primeira capital brasileira a contar com leis antigordofobia”, disponível em: <https://www2.recife.pe.gov.br/noticias/16/09/2021/recife-e-primeira-capital-brasileira-contar-com-leis-antigordofobia>.

<sup>5</sup> “Gordofobia: Nova York aprova lei para proibir discriminação”, disponível em: <https://revistaforum.com.br/global/2023/5/12/gordofobia-nova-york-aprova-lei-para-proibir-discriminacao-135791.html>. Acesso em: 05 set. 2023.

<sup>6</sup> LEI Nº 8090, DE 26 DE JUNHO DE 2023, disponível em: <https://sapl.al.pi.leg.br/media/sapl/public/normajuridica/2023/5694/8090.pdf>. Acesso em: 02 set. 2023.

<sup>7</sup> Alguns exemplos: “Gordofobia: o que fazer após ser vítima”, disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2021/10/07/gordofobia-o-que-fazer-apos-ser-vitima.ghtml>; “Está na hora de criminalizar a gordofobia?”, disponível em: <https://g1.globo.com/mundo/noticia/2022/05/28/esta-na-hora-de-criminalizar-a-gordofobia.ghtml>; “Gordofobia: saiba quais mecanismos jurídicos podem ser acionados pelas vítimas”, disponível em: <https://g1.globo.com/fantastico/noticia/2022/10/23/gordofobia-saiba-quais-mecanismos-juridicos-podem-ser-acionados-pelas-vitimas.ghtml>; “Como a gordofobia cria barreiras para pessoas gordas em ambientes de trabalho”, disponível em: <https://vogue.globo.com/Wellness/noticia/2021/08/como-gordofobia-cria-barreiras-para-pessoas-gordas-em-ambientes-de-trabalho.html>. Acesso em: 06 set. 2023.



não haver maca para pessoas do seu tamanho, vindo a falecer no chão de um dos hospitais em decorrência da falta de acessibilidade. Sua mãe relata que Vitor passou mais de 3 horas dentro de uma ambulância aguardando para saber se haveria maca para “obeso”, e nesse período sofreu três paradas cardíacas. Refere e mãe que seu filho foi muito negligenciado pelos serviços de saúde: “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”<sup>8</sup>. Ainda assim, observei em redes sociais que muito foi dito no sentido de culpabilizar Vitor por seu peso e sua morte, em desconsideração ao fato de que o óbito decorreu da falta de estrutura e acessibilidade nos hospitais públicos para receber pessoas muito gordas, ademais de todas as questões sociais envolvidas e dos direitos humanos e fundamentais que ficaram esquecidos ao se responsabilizar apenas Vitor por ter passado mal e ficado sem o atendimento médico de que precisava.

Emprego nesta dissertação e em meu vocabulário a denominação “gorda”. Adoto tal palavra porque acompanho, ao menos na última década, o fortalecimento do trabalho das ativistas que tratam de gordofobia e defendem que uma característica física não deveria ser uma ofensa, usando-se o termo “gorda” justamente para retirar o sentido pejorativo da palavra. Muitas pessoas que se reconhecem desta forma rejeitam o adjetivo “obesa” para descrevê-las, devido ao fato de que atribui o status de doente a quem assim é descrito, ainda que muitas vezes tenha boa saúde. Trata-se, portanto, de um adjetivo neutro para descrever uma característica física e que também pode configurar uma identidade política.

E quanto à gravidez, existirá um corpo ideal para gestar com saúde um ser humano saudável? E para parir e maternar? Como mulheres com corporalidades dissidentes, por não serem magras, gestionam suas gravidezes nos serviços de saúde e fora deles? Como o entendimento biomédico de um corpo gordo e patologizado como “obeso” surge nas consultas médicas e nas práticas de atenção e cuidado a mulheres gordas gestantes? Como tais mulheres lidam com a gravidez diante do entendimento de que têm um corpo “doente” ou “anormal”? Quais são os principais sofrimentos e dificuldades relatados pelas interlocutoras? Há uma

---

<sup>8</sup> “Jovem de 25 anos morre na porta de hospital estadual de SP após ter atendimento negado por falta de maca para pessoas obesas”, disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2023/01/06/jovem-de-25-anos-morre-na-porta-de-hospital-estadual-de-sp-apos-ter-atendimento-negado-por-falta-de-maca-para-pessoas-obesas.ghtml>. Acesso em: 15 jun. 2023.

estigmatização das corporalidades gordas e gestantes no âmbito da saúde? Estas são algumas das questões que conduziram a presente pesquisa de mestrado e as quais buscarei responder ao longo deste trabalho.

A partir de um levantamento inicial sobre mulheres gordas grávidas, encontrei algumas notícias<sup>9</sup> que relatam casos de negligências médicas, violências e dificuldades relacionadas a acessibilidade, com casos terríveis de violências e gordofobia obstétrica, sendo que algumas também mencionam a ausência de produções científicas e acadêmicas sobre o assunto. De fato, não localizei pesquisas específicas sobre gestantes gordas no Brasil, ainda mais na intersecção dos estudos de corpo gordo e saúde reprodutiva. Na antropologia, encontrei pouquíssimas produções relativas às corporalidades gordas que tivessem um olhar mais crítico em relação à “obesidade”, a maioria dos trabalhos que encontrei parece reforçar estigmas sobre pessoas gordas, tratando-as como doentes, imóveis, dependentes e incapazes. Meu foco, no entanto, é na realidade cotidiana dessas pessoas considerando os entendimentos e as práticas médicas que englobam a existência em e com um corpo gordo e também gestante.

Ao se pensar em um corpo “ideal” – do ponto de vista biomédico - para engravidar e parir, provavelmente a primeira ideia que vem à mente não é de um corpo gordo, denominado “obeso”. Realizei uma pesquisa de imagens no Google pela palavra “gestante”. Surgiram muitas imagens de mulheres brancas e magras, com barrigas proeminentes que deixam a gravidez em evidência. Rolei a barra de busca para baixo e continuavam aparecendo apenas mulheres magras grávidas, algumas poucas eram negras, e todas provavelmente modelos. Nenhuma delas aparentava ter alguma deficiência ou outra dissidência corporal. Posteriormente, busquei por desenhos de gestantes gordas e foi praticamente impossível encontrar uma retratação de gravidez em corpo gordo que não fosse feita de forma preconceituosa, reforçando estereótipos negativos, tal como o consumo exagerado de alimentos de alto teor calórico e baixa qualidade nutricional, retratando a gestante

---

<sup>9</sup> “Gordofobia também é parte da violência obstétrica”, disponível em: <https://flaviadurante.blogosfera.uol.com.br/2018/07/31/gordofobia-tambem-e-parte-da-violencia-obstetrica/>; “Ouvi da médica: ‘Como uma pessoa gorda como você foi engravidar?’”, disponível em: <https://revistacrescer.globo.com/Gravidez/Parto/noticia/2017/08/ouvi-da-medica-como-uma-pessoa-gorda-como-voce-foi-engravidar.html>; “No parto, mulher sofre gordofobia e filho tem a orelha cortada”, disponível em: <https://claudia.abril.com.br/noticias/mulher-denuncia-gordofobia-e-filho-tem-a-orelha-cortada/>; “‘Não é só gordura?’: mãe desabafa sobre gordofobia sofrida na gravidez”, disponível em: <https://bebe.abril.com.br/gravidez/nao-e-so-gordura-mae-desabafa-sobre-gordofobia-sofrida-na-gravidez/>. Acesso em: 22 mar. 2023.

gorda de forma caricaturizada e sugerindo desvios morais, como gula, desleixo ou sujeira. Passei a observar, assim, a existência de um imaginário social de corpo grávido obrigatoriamente magro, e comecei a me questionar onde estariam as gestantes gordas, que não localizei nas fotos nem nos desenhos. Voltarei a tratar disso no terceiro capítulo, ao falar das experiências de minhas interlocutoras com e nos seus próprios corpos grávidos e grandes, e suas várias dúvidas sobre a possibilidade de gestar e parir com um corpo que está em desacordo com estas imagens e com o que se entende predominantemente por saudável, desde a dúvida sobre a possível existência ou não de uma barriga de grávida visível, até questões mais específicas sobre suas condições de saúde e capacidades.

Tomei conhecimento de que a ideia de um corpo muito gordo e grávido pode parecer absurda, e já chegou, inclusive, à tutela jurídica em algumas partes do mundo, havendo uma responsabilização individual e culpabilização da pessoa por ser gorda. O caso ocorrido em 2009 no Reino Unido em que uma mulher de 40 anos e aproximadamente 140 Kg teve seu bebê levado pelo conselho tutelar um dia após o parto<sup>10</sup>, ainda no hospital, tendo em vista a “obesidade” sua e de seus demais filhos, indica como gestações e maternidades gordas podem ser compreendidas de forma negativa. Ela e seu marido, também gordo, foram acusados de abuso físico e emocional e negligência física, e tiveram a guarda de mais 3 filhos retirada pelo conselho tutelar. Tomei conhecimento de outros casos de retirada da guarda de crianças e adolescentes de suas famílias nos Estados Unidos e no Reino Unido tendo como principal justificativa a “obesidade infantil”<sup>11</sup>. No Reino Unido, há aproximadamente uma década, foram registrados mais de 70 casos de retirada de guarda devido ao diagnóstico de “obesidade mórbida” num período de 5 anos, responsabilizando-se a família pelo peso das crianças<sup>12</sup>. Na mesma região, tal fenômeno se estendeu aos animais de estimação, a exemplo do caso do cão retirado de seu tutor e sacrificado por ser muito gordo (Kulick, 2009). Tais exemplos

---

<sup>10</sup> “*Scottish Courts Briefly Take Obese Mother's Newborn Child*”, disponível em: <https://abcnews.go.com/Health/Diet/courts-obese-familys-newborn-neglect/story?id=8921808>. Acesso em: 20 set. 2023.

<sup>11</sup> “*Five-year-old's removal from family spotlights obesity intervention*”, disponível em: <https://www.cbsnews.com/news/five-year-olds-removal-from-family-spotlights-obesity-intervention/>; “*Two teenagers placed in foster care after weight loss plan fails*”, disponível em: <https://www.theguardian.com/society/2021/mar/10/two-teenagers-placed-in-foster-care-after-weight-loss-plan-fails>. Acesso em: 20 set. 2023.

<sup>12</sup> “*Children taken into care for being too fat*”, disponível em: <https://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/health-news/children-taken-into-care-for-being-too-fat-9158809.html>. Acesso em: 20 set. 2023.

indicam que o foco recai no corpo biológico, e não nas relações que ele enseja com o contexto social, o que acaba por marcar no indivíduo a responsabilidade total e única de eventos que se cristalizam em corporalidades consideradas dissidentes. Pouco se questiona a responsabilização das pessoas por condições alimentares e hábitos de vida que talvez tendam a adoecer os corpos, ou os vários outros fatores que podem influenciar no peso corporal e saúde.

\*\*\*

A presente pesquisa antropológica pretende, desta forma, apreender como o entendimento biomédico sobre obesidade impacta a vida de mulheres gestantes usuárias dos serviços públicos do SUS embora abarque, também, alguns atendimentos em serviços de saúde privados. No Brasil, após a promulgação da Constituição Federal de 1988, que prevê em seu Artigo 196 que é dever do Estado garantir saúde a todos os cidadãos, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. O SUS tem por objetivo garantir assistência integral e gratuita, e é parte do Ministério da Saúde, Estados e Municípios, de modo que cada ente tem suas co-responsabilidades. Tem como princípios a universalização, que prevê o acesso a suas ações e serviços a todas as pessoas; a equidade, segundo o qual o tratamento em relação às pessoas deve se dar com base no reconhecimento das características individuais e de suas necessidades específicas; e da integralidade, que prevê ações integradas para a prevenção e promoção de saúde em articulação com políticas públicas. Desta forma, o SUS lida com questões relacionadas à “obesidade”, pois atende pessoas gordas, seja para fins de emagrecimento, inclusive por meio de realização de cirurgias bariátricas, prescrição de dietas e medicações, ou para qualquer outro tipo de atendimento não necessariamente relacionado ao peso. Realiza, também, consultas, acompanhamentos pré-natais e partos.

Para dar conta das perguntas da pesquisa, inicialmente elaborei um projeto que visava contemplar a interlocução com até 5 mulheres gordas grávidas ou que tiveram bebê há no máximo 2 anos e que já se identificavam como gordas anteriormente à gestação. Houve, portanto, este critério de que as participantes deveriam se reconhecer como pessoas gordas, que tivessem o corpo gordo como

parte da vida e constituição corporal (o que abordarei mais adiante no capítulo 3), e não meramente algo recente ou decorrente da própria gravidez. Para as interlocuções, busquei apenas mulheres usuárias dos serviços públicos do SUS, de diferentes cidades e Estados do Brasil, pois selecionadas principalmente por meio de divulgações na rede social Instagram. No entanto, no decorrer da pesquisa e do trabalho de campo, tive que realizar adaptações metodológicas. Embora tenha mantido contato ao longo de toda a pesquisa com uma interlocutora, não foi possível realizar tantas interlocuções quanto pretendia ou achava possível acontecer, o que também pode indicar algo a respeito do tema da pesquisa, que é inovador e envolve experiências bastante pessoais e íntimas das pessoas com quem conversei. Diante das dificuldades que surgiram em encontrar e manter contato com as interlocutoras que buscava, ainda durante o primeiro mês de campo, decidi por também analisar grupos no Facebook para conhecer sobre as principais questões que envolvem corpos gordos grávidos. Até então, meu conhecimento era principalmente sobre corpos gordos, diante de minhas próprias experiências, meu interesse pelo campo dos *fat studies* e devido ao contato que tive com pesquisadoras e ativistas sobre gordofobia. No que tange às relações com gravidez, parto e maternidade, contudo, havia apenas pesquisado e encontrado algumas notícias que mencionavam casos tenebrosos de violência obstétrica e gordofobia médica<sup>13</sup>. Assim, ao longo de aproximadamente um ano e meio, acompanhei grupos de gestantes e “tentantes”<sup>14</sup> no Facebook e um fórum sobre gestação. Em relação aos relatos que trago destas plataformas on-line, decidi transcrevê-los praticamente como são, com alguns “emojis”, abreviações na escrita, linguagem coloquial, gírias, e erros de gramática, digitação e ortografia, pois também podem demonstrar algo sobre as pessoas que os redigiram e sobre o campo. Realizei apenas pequenos ajustes para auxiliar na compreensão e negritei alguns trechos para facilitar a leitura.

Ainda, alguns relatos incluem experiências em consultórios e hospitais particulares. Até mesmo interlocutoras que realizaram o parto no SUS mencionaram que parte de seus atendimentos foram em clínicas e hospitais privados, seja por plano de saúde, ou contratados de forma particular. Como optei por analisar grupos de gestantes em redes sociais, também devido a isto, não posso garantir que a

---

<sup>13</sup> Embora toda gordofobia seja oriunda dos entendimentos biomédicos, utilizo o termo “gordofobia médica” para me referir às violências gordofóbicas que ocorrem nos atendimentos e serviços de saúde, tais como diagnósticos errados ou superficiais, ofensas, culpabilização pelo peso etc.

<sup>14</sup> “Tentante” é como denominam as pessoas que estão tentando engravidar.

totalidade dos relatos é oriunda dos serviços públicos do SUS, embora a maioria deles seja, conforme veremos adiante. Em relação às interlocuções, também, considero importante delimitar o recorte que trago nesta dissertação. Não falei com gestantes que tenham declarado deficiências, pessoas trans, e outros grupos que também poderiam trazer relatos interessantes, múltiplos e ricos. As interlocutoras que entrevistei eram mulheres cisgêneras, sem deficiências declaradas e de classe média-baixa, com um bom nível de escolaridade, sendo que duas têm ensino superior completo. Quanto aos relatos extraídos de plataformas on-line, não conheço os marcadores e as características específicas de cada uma delas, mantendo o foco no que compartilharam em relação ao corpo gordo e gestante e suas experiências nos serviços de saúde, não sendo possível contextualizar cada uma dessas pessoas. Desta forma, conforme veremos mais detalhadamente no primeiro capítulo, conversei com 3 interlocutoras (Nina, Aretha e Dandara) e os demais relatos foram extraídos de redes sociais. Há de ser considerado, ainda, que estas interlocutoras, bem como as participantes dos grupos, são de diferentes estados e regiões do Brasil, e não posso afirmar que encontrem os mesmos ideais regulatórios sobre seus corpos e materialidades nos serviços de saúde, tendo em vista que as experiências de ser gestante-gorda no Sul, Sudeste e Nordeste podem ser bastante distintas.

Esta dissertação é fruto de pesquisa qualitativa, com abordagem etnográfica e emprego de técnicas de entrevistas abertas para conhecer e obter dados a partir da interlocução com mulheres que atenderam ao perfil mencionado, bem como observação de grupos na rede social Facebook e fórum on-line de gestantes. As técnicas utilizadas foram, portanto, interlocuções on-line e presenciais e observação não participante de grupos e fóruns on-line, com notas em diário de campo. A pesquisa teve como foco as experiências e entendimentos sobre corpo de mulheres grávidas ou que tiveram bebês enquanto estando gordas e as consequências disso em termos de estigmatização e possível sofrimento social. Trata-se, desta forma, das correlações entre os entendimentos biomédicos acerca de obesidade e gordura corporal e influências nas experiências de mulheres gordas grávidas ou puérperas, buscando entender como o entendimento e as práticas biomédicas relacionadas à obesidade e às corporalidades gordas podem impactá-las, ao investigar possíveis sentidos, significados, agências e composições de saberes – leigos e biomédicos - relacionados à gordura corporal na gestação. Situa-se na linha de estudos da antropologia do corpo e da saúde e ao mesmo tempo se aproxima do campo de

estudos *fat studies* (no Brasil, estudos de corpo gordo), que tem proposto uma revisão epistemológica e mudança de paradigmas quanto aos corpos gordos, para que não mais se produzam saberes violentos. Tal alinhamento marca um distanciamento do campo biomédico e de estudos da obesidade, que tem foco em investigar a “obesidade” e patologiza os corpos gordos de forma universal, ainda que muitas vezes saudáveis, em desconsideração às experiências vividas por pessoas gordas e de questões culturais e sociais, o que pode vir a contribuir para fortalecer estigmas (Rubino et al., 2020; Oliveira, 2015; Gama, 2020; Pausé, 2022). Para além desses dois campos de estudos, existem, também, os estudos críticos da obesidade, que revisam as evidências que sustentam o trabalho dos pesquisadores da obesidade, sugerindo que conclusões e estimativas científicas devem ser baseadas em evidências e não em um julgamento coletivo, e o campo da ciência do peso, que busca compreender a relação entre o peso e outros fatores, tais como aceitação social e saúde, mas sem reconhecer que o estigma da gordura é reforçado ao tratar dela como um problema a ser evitado e/ou resolvido (Pausé, 2022).

“*Fat studies*”, por sua vez, é um campo de estudos e pesquisa multidisciplinar que existe há mais de 50 anos e tem crescido na última década no Brasil, onde predomina a nomenclatura de “estudos de corpo gordo”. As pesquisas oriundas desse campo de estudos, no geral, se dedicam a abordar o fenômeno das corporalidades gordas de forma crítica, não patológica ou estigmatizante e com foco nas experiências vividas por pessoas gordas para, assim, investigar e reconhecer a humanidade e as potencialidades destes corpos. Compostos principalmente por pesquisadoras que se identificam como pessoas gordas, em muitos casos se trata de uma forma de produção de conhecimento localizada em que a objetividade corporificada busca acomodar projetos científicos feministas críticos e paradoxais (Haraway, 1995), de modo que o rigor científico parte, muitas vezes, das próprias experiências e locais nos quais as pesquisadoras se situam. Apresentam, portanto, questionamentos acerca de como o conhecimento biomédico sobre os corpos gordos tem sido produzido e como isso pode se apresentar na vida das pessoas sujeitas e ele, a partir de nova epistemologia, para fornecer um entendimento crítico (Oliveira, 2015; Barros, 2017; Silva, 2019; Jimenez-Jimenez, 2020; Gama, 2020). No caso, existe objetividade científica, embora, devido a minha situacionalidade, não se trate de uma pesquisa desengajada e completamente neutra (assim como nenhuma é). Existe um compromisso em relação ao conhecimento produzido, e também

quanto ao objeto da pesquisa, conforme refere Rohden (2018), numa tentativa de buscar um projeto de ciência que ofereça uma explicação mais adequada e melhor do mundo, “e na relação crítica, reflexiva em relação às nossas próprias e às práticas de dominação de outros e nas partes desiguais de privilégio e opressão que todas as posições contêm” (Haraway, 1995). Tais campos de estudos, desta forma, vão ao encontro do surgimento de diversas temáticas novas, localizadas, parciais e que questionam a pretensão de “universalidade” do conhecimento científico, trazendo luz a corpos e questões que anteriormente não ingressavam no “circuito acadêmico branco, masculino, eurocêntrico e heterocisnormativo” (Nascimento, 2019).

O campo de estudos multidisciplinar dos *fat studies*, portanto, propõe uma revisão epistemológica e crítica sobre os estudos que falam em “obesidade”, que patologizam todos os corpos gordos, ainda que saudáveis, demonstrando que a estigmatização e preconceito com as pessoas gordas são recorrentemente pautados na saúde (ou presumida ausência de saúde). Propõe, assim, romper paradigmas para construir saberes que considerem as características individuais e a diversidade humana. A presente dissertação se localiza no campo dos *fat studies* porque pretende abordar o fenômeno das corporalidades gordas de forma crítica e não patológica ou estigmatizante, e situada. Como refere Peirano (1995), a pesquisa etnográfica permite o confronto entre a teoria que o pesquisador leva ao campo e a observação da realidade “nativa” com que se defronta, podendo o antropólogo exercer sua sensibilidade e de modo que existe algo de particular e individual também nesse processo.

Desta forma, tenho certa proximidade com a temática investigada, pois embora nunca tenha estado gestante, por quase toda a vida me foi atribuído o diagnóstico de “obesa”, de modo que inexistente grande distanciamento, mas se mantém a objetividade científica, em que pese se trate de pesquisa etnográfica e que, portanto, envolve também minhas experiências subjetivas. Este processo de estranhar o familiar se torna possível, conforme Velho (1987), ao confrontar intelectualmente, ou até emocionalmente, diferentes versões e interpretações sobre fatos e situações, sendo que o estudo do rompimento e rejeição do cotidiano por determinados grupos e indivíduos desviantes ajudam a compreender mecanismos de conservação e dominação. Segundo Rocha e Eckert (2008), ainda, a pesquisa etnográfica se constitui em exercício no qual o pesquisador se desloca de sua



própria cultura para se situar no interior do fenômeno observado por meio de participação efetiva nas formas de sociabilidade pelas quais a realidade investigada é apresentada. No caso, a alteridade se aplica em sujeitas pertencentes a um contexto cultural que nem sempre é totalmente distinto do meu, no entanto, mantive-me atenta às suas histórias, relatos, opiniões e especificidades.

Esta pesquisa, portanto, visa contribuir com o fortalecimento do campo dos estudos de corpo gordo, bem como para a compreensão de demandas de sujeitos gordos e conseqüente possibilidade de formulação de leis e políticas públicas, combatendo a discriminação baseada no peso, visando à promoção de saúde, educação e mitigação de práticas discriminatórias e de exclusão social baseadas em corporalidades consideradas dissidentes. Conforme Fonseca (1999), pouco significam os direitos humanos em sua forma abstrata e descontextualizada, e suas manifestações na prática dependem de relações de poder forjadas em contextos históricos específicos, sendo necessário enfrentar “outras realidades” e alteridades que muitas vezes não queremos ver, para que se possa criar um programa sensato de promoção de direitos humanos. Cada vez mais tem se discutido sobre como a gordura ou peso corporal podem se associar a perda de direitos, sobretudo no caso de mulheres, estigmatizadas nos discursos biomédicos, na mídia, no senso comum e, ao que tudo indica, nas práticas de cuidado dos serviços de saúde. Conforme periódico científico assinado por mais de 100 instituições de diversos países (Rubino et al. 2020), o preconceito contra as pessoas gordas compromete a saúde, dificulta o acesso ao mercado de trabalho e a tratamentos adequados, afeta suas relações sociais e a saúde mental, de modo que são urgentes medidas educativas no meio acadêmico, nas organizações profissionais, na mídia e de autoridades governamentais para construir uma narrativa cultural popular e acadêmica coerente com o entendimento científico moderno sobre “obesidade” e que permita romper com a culpabilização e os estigmas que levam à exclusão social, patologização e invisibilização das pessoas gordas (Rubino et al. 2020). Ainda, é necessário levar em consideração que são principalmente mulheres e com IMC mais elevado que apresentam maiores taxas de sofrimento decorrente de discriminação, chamando a atenção para a importância de considerar marcadores como classe, gênero e raça ao tratar de “obesidade”/gordura corporal (Barros, 2017; Rubino et al., 2020, p. 487; Puhl, 2021).

No que tange à estigmatização de pessoas gordas na saúde, Puhl (2015;

2021) possui vasta obra sobre o tema, havendo identificado a urgência de que profissionais de saúde apresentem uma conduta menos preconceituosa e se qualifiquem para atender às demandas de pessoas gordas, uma vez que a conduta de estigmatização e gordofobia nos atendimentos de saúde pode gerar sofrimento psíquico e, inclusive, fazer com que os pacientes desenvolvam doenças ou aumentem de peso. Tem-se discutido atualmente, principalmente a partir dos ativismos antigordofobia e no campo de estudos dos *fat studies*, sobre como os entendimentos biomédicos podem se relacionar à gordofobia, que muitas vezes surge disfarçada de “preocupação com a saúde”, podendo afetar diversos aspectos da vida da pessoa e levando à exclusão social e sofrimento (Barros, 2017; Rangel, 2018; Jimenez-Jimenez, 2020). As produções neste campo têm demonstrado que pessoas gordas têm maior dificuldade de serem ouvidas por profissionais da saúde, que muitas vezes sequer as escutam ou examinam e já fornecem o diagnóstico de obesidade, reforçam a necessidade de emagrecer urgentemente, fazem alarde acerca dos perigos da obesidade, e deixam de ouvir e investigar queixas, sintomas e os verdadeiros possíveis problemas de saúde que motivaram a consulta. Tais atitudes são exemplos do que se denomina “gordofobia médica”, e fazem com que muitas pessoas gordas deixem de buscar atendimento médico ou não tenham suas doenças diagnosticadas e tratadas, já que, quando atendidas, podem ser hostilizadas e o foco recair no corpo gordo (Silva, 2019; Jimenez-Jimenez, 2020; Gama, 2020). Assim, em relação à área da saúde, tem-se denunciado que grande parte dos profissionais não está apta a lidar com as demandas de pessoas gordas, por terem um atendimento focado no peso, culpabilizante e que apresenta abordagens individuais e muitas vezes em desconsideração a questões sociais e culturais das usuárias e usuários, ademais da falta de acessibilidade nos serviços de saúde, a exemplo de macas e equipamentos para exames (Barros, 2017; Jimenez-Jimenez, 2020; Gama, 2020). Ao lado disso, a compreensão contemporânea das corporalidades gordas como doentes e em risco de muitas doenças constitui o imaginário coletivo em que se associa qualquer incompetência física da pessoa ao peso e à quantidade de gordura corporal, enquanto a magreza é entendida como condição menos suscetível de riscos à saúde, de modo que os corpos gordos podem ser invisibilizados e constrangidos nos espaços públicos, ambientes de trabalho, escolares, familiares, dentre outros (Barros, 2017). No entanto, mais especificamente quanto às experiências de mulheres gordas e gestantes, pouco se

conhece.

Desta forma, têm-se as mulheres gordas objeto da pesquisa como possíveis indivíduos desviantes, por estarem fora da norma corporal vigente e do que é considerado saudável biomedicamente, e, possivelmente, digno de um acesso adequado aos serviços de saúde e de não ser alvo de estigmas e preconceitos. No caso, estas sujeitas não serão submetidas a julgamentos moralizantes que se apresentam recorrentes nas produções científicas do campo biomédico que versam sobre “obesidade”. Neste sentido, elucidam Rocha e Eckert (2008), que a etnografia como forma fundamental de construção de conhecimento nas ciências sociais é justamente devido à abertura ao mundo das interações sociais e culturais que unem o pesquisador às culturas e sociedades por ele investigadas e que reside em perguntas cruciais, que não necessariamente têm resposta única.

Mantive-me atenta ao disposto no Código de Ética do Antropólogo e da Antropóloga da Associação Brasileira de Antropologia, tanto em relação aos direitos dos segmentos que são objeto de pesquisa, quanto a minhas responsabilidades de oferecer informações objetivas sobre qualificações profissionais sempre que for necessário para o trabalho a ser executado, de não omitir informações relevantes (com exceção dos casos previstos) e realizar o trabalho dentro dos cânones de objetividade e rigor inerentes à prática científica. Quanto às questões éticas, ainda, embora se trate de tema de saúde e com aplicação de “entrevistas” por meio das interlocuções, não foi necessária assinatura de Registro do Consentimento e do Assentimento das participantes, nos termos da resolução nº 510 do CONEP. Todavia, foram atendidos os princípios éticos das pesquisas em Ciências Humanas e Sociais previstos no Art. 3º da resolução nº 510, com atenção especial ao consentimento esclarecido das participantes e ao previsto nos Artigos VII, que trata da confidencialidade das informações, preservação da privacidade das participantes e proteção de sua identidade e VIII e XIX, que abordam a garantia da não utilização das informações obtidas em pesquisa em prejuízo das participantes, bem como para não criar, manter ou ampliar as situações de risco ou vulnerabilidade para indivíduos e coletividades, nem acentuar o estigma, o preconceito ou a discriminação. O consentimento e assentimento das participantes foi realizado verbalmente, acompanhado de explicação verbal em linguagem compreensível e, nos termos do Art. 4 da resolução nº 510, poderia ter sido retirado a qualquer momento, sem qualquer prejuízo à interlocutora, pois me mantive continuamente aberta ao diálogo

e a questionamentos, buscando manter uma relação de confiança com as participantes da pesquisa, que foram devidamente informadas sobre os objetivos e etapas, bem como esclarecidas quanto a quaisquer outras eventuais dúvidas.

Os trechos dos relatos on-line e das interlocuções reproduzidos ao longo da dissertação são anônimos para não permitir identificação das interlocutoras, pois estas foram questionadas sobre o desejo de anonimato e decidiram que preferiam ter seus nomes alterados e por não ter sua identidade divulgada. Como refere Fonseca (2010) sobre o desafio do antropólogo para garantir riqueza de detalhes e fidelidade ao texto etnográfico e ao mesmo tempo atentar aos limites éticos de sua ousadia, no caso, o nome fictício se mostrou suficiente para garantir anonimato, pois existe também um cuidado para não compartilhar detalhes muito específicos que poderiam identificar as interlocutoras.

No que tange à restituição, no sentido de uma antropologia compartilhada com as interlocutoras, com a devolução da pesquisa aos que a tornaram possível (Rial, 2014), as interlocutoras com quem conversei foram questionadas se teriam interesse em acessar o trabalho final, colocando-me à disposição para enviá-lo quando pronto. Uma delas, Dandara, manifestou interesse em ler os trechos relativos a sua vida, com o que concordei, havendo enviado os excertos em que me refiro a ela antes da finalização da dissertação. Ainda, por se tratar de um tema socialmente relevante e que tem sido cada vez mais discutido, e por ser uma pesquisa ativista, que propõe transformação social, tomei medidas para divulgá-la e seguirei empenhada em difundir seus resultados, principalmente por meio de participação em eventos acadêmicos, de ativismos, palestras e pela divulgação em redes sociais. Ainda durante a escrita desta dissertação, fui convidada a participar como debatedora em um curso da pós-graduação de uma universidade federal de outro estado e também para ser entrevistada em programa de TV sobre a minha pesquisa, fatos que demonstram o crescente interesse público no tema investigado.

Nos próximos capítulos abordo, inicialmente, detalhes da minha inserção em campo, bem como a apresentação das interlocutoras que busquei acessar e com quem dialoguei, com foco especial em Dandara, que foi com quem mantive mais contato. No segundo capítulo, discorro criticamente sobre a perspectiva biomédica de um corpo “anormal” e “doente” por ser gordo e gestante, ao lado de dados de campo específicos sobre gestações gordas. No terceiro, a partir das interlocuções e relatos encontrados nos grupos on-line, trato das noções de corpo em questão, do

que significa se considerar uma pessoa gorda, e de algumas especificidades relatadas sobre essa existência em um corpo gordo e gestante, que envolvem violências e acessibilidade. Posteriormente, apresento as considerações finais.

Às leitoras e leitores que pouco conhecem sobre o tema, aviso: a leitura pode trazer desconfortos, principalmente a sensação de constatar que a forma com a qual aprendemos a lidar com determinados assuntos, no caso corpos gordos e gestantes, talvez não seja a mais adequada, sendo necessário rever nossos preconceitos e desenvolver um olhar mais sensível e empático. Por fim, aviso que a presente dissertação pode conter gatilhos e conteúdos sensíveis para leitoras que já sofreram ou sofrem com violência obstétrica, racismo ou gordofobia em serviços médicos e de saúde.

## 1. CAMPO E INTERLOCUÇÕES

Se até recentemente apenas homens brancos, vindos de uma elite socioeconômica, faziam ciência, hoje essa composição se alterou (SCHIENBINGER, 2001). Espera-se que se multipliquem as agendas de interesse científico, as linhas de pesquisa e as noções de mundo a ponto de tensionar convergências de poder. A pretensa neutralidade da ciência é o que açoita a emergência de saberes e resistências a ela. Se o poder é, antes de tudo, relacional, como nos ensina Foucault (2001), que as resistências se tornem mais equânimes e perigosas para os sistemas e ideais que pretendem prescrever a verdade. (Prates, 2019, p. 42).

### 1.1 Início do campo

A fase de trabalho de campo teve início oficialmente no sábado, 20/05/2022, quando tornei público meu perfil pessoal do Instagram e fiz uma publicação com três cartazes contendo um pequeno texto explicativo e pedindo ajuda das minhas redes para divulgar. Havia passado a semana anterior elaborando estes cartazes para divulgação da pesquisa, com diferentes cores, formatos e o título “Convite à pesquisa – Experiências de gestantes gordas no SUS”. Nos cartazes adicionei minhas informações de contato para que as pessoas interessadas pudessem escolher como me procurar. Não pedi para divulgarem de nenhuma forma específica, mas observei que quase todas as pessoas optaram por compartilhar esta publicação em seus stories no Instagram. Alguns enviaram a contatos que poderiam se interessar, a exemplo de um conhecido que comentou que tinha uma amiga que “teve problemas em Niterói”, e resolveu divulgar diretamente para ela. Também enviei diretamente a alguns contatos que poderiam me auxiliar na divulgação.

Figuras 1-3 – Convites à pesquisa



Fonte: arquivo pessoal

Conforme se afere do texto dos cartazes, as interlocutoras que buscava eram pessoas que se identificavam como gordas, usuárias do SUS, e que estivessem

gestantes ou houvessem tido bebê nos últimos 2 anos. Em menos de um dia, recebi mensagem de uma pessoa de Capão da Canoa/RS. Chamarei esta interlocutora de Nina<sup>15</sup>. Depois disso, continuaram os compartilhamentos, foram mais de 60 no total, em perfis pessoais de conhecidos e desconhecidos de diferentes locais do Brasil, e também páginas de pesquisadoras e ativistas sobre gordofobia. Recebi diversos elogios acerca da importância e pertinência do tema, comentários de apoio e incentivo para que seguisse com a pesquisa, avaliada como “importante”, “potente”, “necessária”. Esperava, contudo, ter recebido mais retornos de possíveis interlocutoras, pois apesar de tantos compartilhamentos, somente uma moça entrou em contato.

Passei a questionar motivos para isso: o primeiro deles é de que o público que pretendia atingir (usuárias dos serviços públicos do SUS gestantes ou recém-mães) não seria muito presente e ativo na rede social Instagram e nas minhas redes; o segundo seria que as experiências das possíveis interlocutoras poderiam ter sido tão negativas e traumáticas que elas não estariam sequer dispostas a lembrar e falar sobre; a terceira hipótese é em relação ao emprego da palavra “gorda” em vez de “gordinha”, “plus”, “acima do peso” ou “obesa”, por exemplo, que certamente ainda causa algum estranhamento. Isso pode indicar que poucas pessoas acessam os debates sobre gordofobia e o uso desta palavra de forma não ofensiva, patológica, estigmatizante ou culpabilizante. Recebi mensagem de uma amiga psicóloga que considera o tema da pesquisa muito importante, mas relatou ter encaminhado o cartaz de convite à pesquisa a uma funcionária do SUS que recusou divulgá-lo porque as gestantes ficariam “ofendidas” por serem chamadas de “gordas”. Tal dado demonstra como o uso de uma linguagem mais politicamente engajada e de acordo com os ativismos pode se desconectar da vida, pois a palavra que escolhi não fez sentido para algumas pessoas no momento da divulgação da pesquisa. Posteriormente, tomei conhecimento de uma nutricionista que trabalha no SUS com gestantes “de risco” e que também se sentiu desconfortável com o emprego da palavra gorda. Isso mostra que profissionais da saúde responsáveis por acolher pessoas gordas podem entender a própria palavra como uma ofensa,

---

<sup>15</sup> Os nomes das interlocutoras foram alterados para resguardar sua privacidade e manter o anonimato. Inicialmente, pensei em atribuir nomes de mulheres influentes na história, como “heroínas da vida real”. Porém, como a maioria das interlocutoras são mulheres negras e reconheço a importância de se pesquisar corpos gordos de forma interseccional e ao lado de debates sobre branquitude e racismo, inspirei-me em nomes de personagens negras que foram importantes na história mundial.

acatando de certa forma as moralidades que ela evoca e tomando o corpo gordo como indicação de algo ruim e negativo, que não deveria existir ou sequer ser nomeado.

Em conversa informal com uma amiga magra que sabia que eu mesma me reconheço como uma pessoa gorda, ela comentou que achava minha pesquisa de mestrado absurda e impossível: “Aline, só tu pra fazer uma pesquisa sobre gestantes gordas. Imagina, que absurdo, é impossível! Ninguém vai gostar de se dizer grávida e gorda!”. De fato, para muitas pessoas, se afirmar como gordas pode ser desconfortável, pois para isso deve prescindir uma crítica e questionamento das moralidades e estigmas que o termo evoca (como veremos no capítulo 3). Mais desafiador ainda afirmar-se nesse corpo gordo quando se une a tudo que se espera de um corpo gestante, socialmente cobrado para ser saudável e se adequar a determinados padrões ideais de gestação e maternidade. Então tive que explicar que buscava justamente pessoas que se autodenominam gordas, e que para isso já devem ter passado por certas reflexões. Que se dizer uma pessoa gorda significa também se identificar com uma política identitária e buscar uma aceitação e possibilidade de viver no corpo como ele é, usando esta palavra justamente para retirar o aspecto pejorativo e os estigmas que ela carrega. A própria escolha por divulgar os cartazes em minhas redes com o termo “gorda” em vez de “obesa” ou outras também teve um caráter político, e tenho plena consciência de que muitos dos meus contatos não entenderam, ficaram confusos ou se chocaram de alguma forma, podendo inclusive ter questionado minha sanidade e capacidade enquanto pesquisadora, assim como esta amiga que deu a entender que eu estava meio louca por querer levar tal pesquisa adiante. As pessoas que elogiaram o tema da pesquisa, em sua maioria, foram justamente mulheres que se identificavam politicamente com o termo “gorda” ou pessoas que já tinham algum nível de conhecimento sobre os atuais debates relativos às corporalidades gordas, e que provavelmente compreenderam que a chamada que realizei nas redes sociais também foi politicamente engajada.

Decidi, então, por acompanhar grupos no Facebook sobre gestação, maternidade e temáticas relacionadas. Pensei que poderiam ser espaços virtuais interessantes para encontrar pessoas dispostas a conversar comigo, ou, ao menos, para conhecer mais sobre maternidades e gestações. Logo de início, localizei um grupo especialmente interessante voltado a “grávidas de risco”, muitas delas



diagnosticadas “obesas”. Observei que, nestes grupos, muitas não se denominam “gordas”, e sim “obesas”. Sobre corpos gordos e gestantes, primeiramente, encontrei apenas dois grupos, sendo que um deles não tinha nenhuma publicação há meses e no outro minha solicitação para participar não foi aceita, provavelmente porque no formulário em que solicitei ingresso fui sincera e informei que eu não era uma pessoa gorda gestante e nem “tentante”. Recebi o aceite e passei a integrar o grupo somente 7 meses após a solicitação.

Assim, ao longo de aproximadamente um ano e meio, observei grupos de gestantes no Facebook e também fórum on-line em que grávidas trocam experiências e dúvidas, para me informar e conhecer o campo. Neles, encontrei questões e relatos sobre os quais me debruçarei mais adiante, ao lado das falas das minhas interlocutoras, a exemplo do medo dos riscos e violências nas práticas de saúde e das dúvidas sobre a barriga de grávida e especificidades de uma gestação gorda, por exemplo. Os relatos dos grupos de Facebook e fóruns de grávidas podem incluir experiências de gestantes que não foram atendidas pelos serviços públicos do SUS, embora diversas delas mencionem utilizá-los. O perfil das usuárias desses grupos de Facebook analisados que constatei são mulheres de baixa renda e escolaridade, o que observei pela linguagem e algumas das dificuldades mencionadas, a exemplo da falta de recursos para adquirir medicamentos e eventual impossibilidade de arcar com custos de exames e procedimentos pela rede privada, ademais das recorrentes dúvidas sobre questões médicas mais específicas. Muitas mencionam utilizar os serviços gratuitos do SUS e depender deles e parecem buscar amparo nos grupos, possivelmente devido ao fato de não terem muito mais para onde recorrer, servindo eles como uma rede de apoio para dúvidas, dificuldades, receios, relatos e trocas de experiências. Nos grupos e fórum, as mães, gestantes e “tentantes” fazem publicações com dúvidas sobre questões diversas que envolvem gestação, parto, maternidade, apresentando muitos questionamentos sobre saúde e as capacidades/possibilidades de seus corpos, além de cuidados com o bebê e questões mais gerais envolvendo diversos temas e mudanças ocorridas com a gravidez/maternidade, sendo comuns publicações em que mostram foto do exame de gravidez e questionam sobre o resultado, por exemplo, ou fotos de seus corpos grávidos e dos bebês. As dúvidas médicas e gerais costumam ser respondidas pelas mulheres que já passaram por experiências similares, e são usuais, também, mensagens de apoio, como “vai dar tudo certo”, “estou torcendo por você”, “vai ficar

tudo bem”, dentre outras. Ao acompanhar tais grupos, com o passar do tempo, passei a conhecer a linguagem e os jargões utilizados pelas participantes, a exemplo de “tentante” e “bebê arco-íris”, bem como diversas siglas e termos técnicos e médicos sobre os quais conversam com bastante naturalidade.

No início do campo, ainda, por meio do Instagram, enviei mensagem para duas influenciadoras digitais que tratam do assunto “maternidade plus”. Ambas me responderam depois de um dia, sendo que uma delas prontamente divulgou os cartazes da pesquisa em seu perfil do Instagram. A segunda disse que iria me ajudar na divulgação se em troca eu enviasse a pesquisa quando pronta, com o que imediatamente concordei, porém não postou nada em suas redes. Mencionou, contudo, que tinha uma pesquisa própria e acabou compartilhando seu livro comigo. Ela passou por uma gravidez muito difícil por ter sido denominada “de alto risco” em decorrência do peso, sofreu violência obstétrica, e resolveu falar a respeito em redes sociais. Criou um grupo no Facebook justamente para ajudar outras mulheres diagnosticadas “obesas” e com gestação de “risco” ou “alto risco”, pois comentou que não encontrou pesquisas sobre o tema de corpos gordos gestantes, e utilizou tal grupo para realizar sua própria pesquisa e escrever seu livro. Trata-se de um livro produzido e publicado por ela mesma, no formato de “e-book”. Traz relatos da própria gravidez, resultado de enquetes realizadas no seu grupo do Facebook e aborda questões e dúvidas comuns às gestantes gordas, a exemplo de indagações sobre se a barriga de grávida aparece quando se é gorda, se sempre existiriam complicações e quais seriam as mais comuns, entre outras.

Quanto às interlocuções, as conversas com Nina, a primeira interlocutora que me buscou logo após as primeiras divulgações da pesquisa, não haviam ido muito longe até então. Nina é uma mulher branca cisgênera graduada em pedagogia, que trabalhava em uma loja e teve bebê em fevereiro de 2022, aos 23 anos. Ela me procurou em 22/05/2022, logo após as primeiras divulgações no Instagram realizadas em maio de 2022, quando enviou a seguinte mensagem: “Oiiie!!! Pode me chamar que eu participo!! Minha bebê tem 3 meses e fiz meu pré natal no SUS a partir da 16 semana”. O texto foi acompanhado por emojis sorridentes com três corações. No mesmo dia conversamos um pouco, ela me contou que teria disponibilidade para entrevistas durante a tarde nos dias úteis ou finais de semana, porém logo parou de responder as mensagens. Voltou a falar comigo 5 dias depois, em 27/05/2022, quando me informou seu WhatsApp e enviei mensagens para ela,

que foram respondidas apenas 9 dias depois, em 06/06/2022. Ela se desculpou, explicou que teve covid e por isso não pôde responder. Trocamos alguns textos por WhatsApp, Nina optou por mandar todas suas respostas por escrito, e assim nos comunicamos das 11h30 às 17h20. No dia posterior, às 19h55, ela se desculpou por não ter respondido antes, disse que “ontem tava te respondendo e tive que atender a bebê e depois acabei esquecendo de continuar”. Eu respondi que tudo bem e tentei seguir com a conversa, retomando assuntos anteriores que ela tinha ficado de contar, porém novamente sem resposta. Um mês depois, no dia 01/07/22, Nina disse “Oiii. Meu Deus, a tua conversa se perdeu. E eu não achava mais. Perdão!!!! Ainda consigo responder? Kkkk”, e voltamos a dialogar um pouco mais. Ela relatou muito cansaço e as conversas continuaram com longos períodos de pausas. Isso se mostrou como mais uma dificuldade para a realização do trabalho de campo como havia planejado inicialmente, pois queria realizar interlocuções com pessoas gestantes ou que tiveram bebê há no máximo dois anos, ou seja, no geral recém-mães, envolvidas e sobrecarregadas com as mudanças, desafios e diversos afazeres da maternagem.

No dia 27/05/2022, uma semana após a primeira divulgação dos cartazes de convite à pesquisa, como contava com apenas esta interlocutora e que por ora estava silente, tive a ideia de buscar no Instagram para encontrar perfis abertos de pessoas que se autodenominassem gordas e houvessem passado por uma gestação. Enviei convite para 6 mulheres, incluindo o cartaz da pesquisa e um texto explicativo. Apresentei-me como pesquisadora e comentei que também me identificava como pessoa gorda. Uma delas respondeu que poderia participar, mas praticamente não utilizou os serviços do SUS, enquanto uma apenas curtiu a mensagem e nada disse, outra nunca visualizou, e outras três demonstraram algum interesse. Com essa “tática”, encontrei mais duas interlocutoras com as quais mantive algum contato: Dandara e Aretha.

Aretha é uma mulher negra cisgênera, esteticista, de Petrópolis/RJ, que teve bebê em abril de 2020, aos 26 anos. Ela elogiou o tema da pesquisa, disse que é uma “iniciativa linda” e perguntou como seria se resolvesse participar, então respondi suas dúvidas e por alguns dias trocamos mensagens. Em determinado momento solicitei seu número de WhatsApp, enviei mensagem em 31/05/2022, em que me apresentei e expliquei brevemente a pesquisa e as principais questões éticas e metodológicas. Embora parecesse interessada e tenha se mostrado

disposta a contribuir, Aretha não me respondeu no WhatsApp. Fiquei em dúvida sobre tentar enviar outra mensagem para retomar o contato, pois considero importante que as interlocutoras fiquem livres para não me responder e voltar quando desejarem. Porém, considerando que ela poderia não ter visto as mensagens ou se esquecido de responder, em 10/06/2022, 10 dias após ter enviado, voltei a conversar com ela pelo Instagram perguntando se havia recebido e me colocando à disposição para quando ela quisesse conversar. Aretha enviou um áudio com tom amável, disse que sim, recebeu, mas “nas últimas semanas minha vida tá meio corrida”, então combinamos que ela me responderia quando fosse possível, mas se manteve silente.

Dandara é uma mulher negra cisgênera, gorda maior<sup>16</sup>, nordestina e de baixa renda, que foi mãe aos 31 anos. Representa grande parte das mulheres brasileiras e usuárias do SUS. Porém, possui alto grau de escolaridade, pois além de artista, estava cursando a segunda graduação e já possuía uma pós-graduação. Durante a gestação, contudo, trabalhou como atendente de telemarketing, e foi demitida logo após o fim da licença-maternidade, estando desempregada no período em que iniciamos nossas conversas. Assim que recebeu o convite, Dandara disse “posso ajudar com meu relato”. Então agradei e ofereci algumas explicações sobre a pesquisa, e ela respondeu apenas “ok”. Tive a impressão de que talvez ela não estivesse tão disposta a conversar, devido à concisão das respostas diante dos meus textos. Na tentativa de dar continuidade à conversa, no dia posterior, 28/05/2022, perguntei de onde eles eram, quando seu bebê nasceu, e se o parto e pré-natal foram pelo SUS. Todas essas perguntas tiveram respostas curtas. Eu disse, então, que seria muito bom ouvir o relato dela e expliquei que a ideia era realizar entrevistas abertas, com foco nas experiências no SUS levando em conta o corpo, mas que poderíamos falar sobre tudo e ela não precisaria responder o que não quisesse. Poucas horas depois, Dandara enviou seu relato por meio de áudios no Instagram. 18 áudios, totalizando aproximadamente 16 minutos, e entre eles alguns títulos que deixaram tudo muito organizado, como “a saga da amamentação na enfermaria” e “o pós-parto pelo SUS”. Fiquei surpresa com a riqueza dos áudios e a descrição tão completa e em ordem cronológica. Nesse momento, entendi o

---

<sup>16</sup> Utilizo o termo “gorda maior”, conforme aprendi com as ativistas gordas, para me referir às pessoas que, por serem maiores, em termos físicos, têm a vida ainda mais dificultada devido à falta de acessibilidade para corpos grandes e pesados do que os normativos, com mais direitos negados e que costumam sofrer ainda mais com uma frequente estigmatização (gordofobia).

motivo das poucas palavras nas respostas aos meus textos: Dandara queria falar. E falou. Mostrou que tem muito a contar. Ouvi seus 18 áudios aos poucos, pois doeram em mim a ponto de arrancar lágrimas.

Nesses relatos iniciais, Dandara contou sobre diversas dificuldades e complicações que lhe causaram sofrimento e fizeram de sua gestação, parto e pós-parto momentos repletos de traumas. Falou, também, de como estava se sentindo com as implicações da maternidade em sua vida, carreira e corpo. Grande parte das questões relatadas sobre os atendimentos recebidos nos serviços de saúde poderiam ter sido evitadas e foram decorrentes de más práticas médicas e falhas nesses serviços. Contou da violência obstétrica, de negligências de alguns profissionais que a atenderam, iatrogenia, que enfrentou diversas complicações que afetaram a sua saúde e a de seu bebê... Ela mencionou alguns elogios e aspectos positivos dos atendimentos que recebeu, mas no geral seus relatos tinham um tom de crítica e ao mesmo tempo desabafo. Naquele momento, senti que eu, como antropóloga e declaradamente pesquisadora gorda, estava ocupando um lugar de escuta dessas diversas críticas e reclamações que ela provavelmente não havia dito para mais ninguém até então. Senti como se estivesse praticamente representando o “Estado” ao ouvir suas queixas e muito do que ela tinha a desabafar sobre as falhas que encontrou nos serviços públicos que deveriam fornecer cuidado e acolhimento, mas em muitos momentos a fizeram mal, ocasionando danos físicos e emocionais.

Dandara, aliás, já iniciou por me ensinar sobre metodologia: disse ter bebê pequeno e muito ativo, motivo pelo qual preferia enviar áudios. Isso me fez repensar meu método de pesquisa e surgiu como outro possível motivo para a falta de resposta das potenciais interlocutoras, todas mães de bebês e crianças pequenas, sendo que algumas, de forma similar a Dandara, poderiam também estar passando por momentos difíceis e conturbados. Tendo em vista que a investigação antropológica costuma se vincular à investigação do sujeito concreto, é possível trabalhar de forma artesanal, adequando-se as ferramentas de pesquisa conforme se avança na investigação em campo (Lins, Parreiras, Freitas, 2020). Assim, deixei de lado a ideia que tinha de “entrevista” como um momento de conversa “olho no olho”, ainda que por vídeo, e aceitei que conversas informais por aplicativos de mensagem poderiam servir, talvez até melhor, para conhecer as interlocutoras e descobrir sobre os assuntos que buscava investigar. Por quase todo o período da

pesquisa, nossas interlocuções se mantiveram principalmente por meio de dispositivos eletrônicos e redes sociais, trocamos muitos áudios no WhatsApp e mensagens no Instagram. Os áudios se mostraram como uma maneira mais informal de comunicação do que entrevistas por vídeo, em que a presença de câmera e gravação poderia intimidar e gerar relatos menos espontâneos e completos, além de possibilitar conversas de forma assíncrona, o que foi mais viável diante da disponibilidade de tempo da interlocutora, envolvida com as demandas da maternidade.

Desde nossos primeiros contatos, Dandara demonstrou estar disposta a conversar por meio de áudios e se mostrou muito hábil para contar suas experiências de forma bastante compreensível, eloquente e organizada. Desta forma, não notei estranhamento ao trocar áudios por WhatsApp com ela, embora algumas questões pudessem gerar reflexões mais profundas que envolvem suas experiências, entendimentos sobre seu corpo e situações de violência que vivenciou, das quais não é fácil falar. Às vezes trocávamos longos áudios, em outros momentos textos mais curtos. Essa forma de manter contato serviu, também, para estreitar nossos vínculos. Conforme Prates et al. (2022), a troca de áudios por celular, em que inexitem o corpo e imagem do outro, o olhar e as reações e intervenções usuais às conversas “olho no olho”, pode possibilitar falas mais pontuais, rápidas e menos densas, mas também pode ensejar falas menos dirigidas e mais ricas e complexas, podendo trazer à tona confissões e servir para fazer vínculos se estreitarem e perdurarem. No caso de Dandara, foram conversas espaçadas ao longo mais de um ano e meio, que acabavam por abarcar aspectos da vida cotidiana da interlocutora e assuntos diversos, como diálogos que tivemos no dia do seu aniversário, no qual ela mesma me contou que estava “amanhecendo em festa”, e fatos como o dia em que estávamos trocando áudios e ela sofreu um acidente doméstico, estava em casa com o bebê e precisou ir buscar atendimento médico. A troca de áudios e textos pelo WhatsApp possibilitou, ainda, maior reflexão para responder às questões, pois havia tempo para tanto, ademais da possibilidade de apagar o áudio ou editar o texto antes de enviá-lo.

No caso de Nina, com quem também mantive contato pelo WhatsApp ao longo de alguns meses, inicialmente ela não pareceu se sentir tão confortável para falar por meio de áudios. Quando iniciamos nossos diálogos no WhatsApp, expliquei a Nina que, em vez de agendar entrevistas por vídeo, teríamos a opção de

conversar por ali mesmo, quando possível, e que essas trocas já seriam uma ótima contribuição para a pesquisa. Enviei áudios explicando a metodologia e objetivos da pesquisa, que já finalizei com algumas questões sobre a vida dela. Ela, então, enviou um texto em resposta aos meus áudios em que perguntou se eu preferia que ela falasse por áudio ou por escrito, o que respondi que ficava a critério dela, e Nina optou por se comunicar por escrito. No caso dos textos, ela tinha ainda maior controle sobre o conteúdo que comunicava, pois podia ler, reler e editar como quisesse antes de enviar, além de ficar menos “exposta”. Apenas depois de algumas semanas, Nina decidiu por enviar áudios, mantendo-se assim até nossas últimas conversas.

Desta forma, foquei em manter contato e criar um bom vínculo com as interlocutoras, visto que o trabalho de campo antropológico consiste em estabelecer relações com pessoas que têm coisas a dizer, consistindo o cerne do método etnográfico em dialogar pacientemente com elas (Uriarte, 2012). Dandara e eu continuamos nossas conversas por WhatsApp, por textos e áudios, e quando me vi sem nada mais a perguntar, ela aceitou permanecer à disposição para futuras conversas, informada de que também poderia me procurar a qualquer momento. Depois disso, voltamos a conversar e ela contou que já esteve “do outro lado”, tendo que realizar uma pesquisa, e as pessoas não a respondiam nem davam muita atenção, então sempre que possível ela quer ajudar. Disse que ficou feliz por saber que a pesquisa é em prol de um futuro melhor para as próximas mães, para possibilitar melhores práticas de saúde e evitar que passem por más experiências como as que ela vivenciou. Manteve-se disposta a conversar e responder prontamente. Questionada se teria interesse em me conhecer pessoalmente em algum momento, manifestou que gostaria e inclusive se colocou à disposição para me receber e imediatamente sugeriu passeios que poderíamos realizar em Salvador, como “comer acarajé e uma dobrada de pititinga com farinha e vinagre e bater um papo gostoso”, disse que “já que a gente criou esse vínculo, é interessante demais a gente conhecer a pessoa com quem a gente tá dividindo essas experiências e agregando conhecimento e informações. Eu acho super interessante, venha!”.

Dandara, sempre disposta a conversar e com tanto a contribuir, se tornou a principal interlocutora da pesquisa, a única com quem mantive contato por todo o período de campo, desde maio de 2022 e até o final. Em novembro de 2022, tive a oportunidade de conhecê-la pessoalmente, quando fui a Salvador e pudemos

ampliar os diálogos e fortalecer nossos vínculos. Marcamos nosso primeiro encontro presencial em uma sorveteria na Barra, onde tomamos café gelado com sorvete. Cheguei com aproximadamente 15 minutos de antecedência e esperei. Na sua chegada, Dandara escolheu uma mesa mais central e que tinha cadeiras largas de madeira. Sempre muito simpática e disposta a contribuir para a pesquisa, tivemos longas e profundas conversas nesse dia, que envolviam diversos aspectos de sua vida, como seus relacionamentos anteriores, sua ligação com as artes, seu novo trabalho, autoestima, sexualidade, saúde e novidades de sua família. Nesse momento, foi possível estabelecer uma relação dialógica completa e ao vivo, diferentemente de como vínhamos falando nos meses anteriores, pois, por estarmos no mesmo local, frente a frente, conseguimos ter uma conversa mais espontânea, aprofundada e que englobava assuntos diversos. Na mesma ocasião, Dandara também me contou que estava suspeitando de uma nova gravidez. Além das conversas, após nosso encontro na sorveteria, me mostrou o centro histórico da cidade, o Pelourinho, onde visitamos pontos turísticos, subimos e descemos ladeiras, recebi explicações sobre a história e as origens africanas, provamos a cachaça histórica do Pelourinho e terminamos o dia com um pagodão baiano e muita dança, momentos que fortaleceram ainda mais a potência do nosso encontro.

## **1.2 Negra, gorda, grávida: a grande e multifacetada Dandara**

Conforme referido, as interlocutoras que se dispuseram a participar da pesquisa e com quem conversei foram Dandara (Salvador, BA), Nina (Capão da Canoa, RS) e Aretha (Petrópolis, RJ). Com Aretha troquei poucas mensagens e, embora tenha demonstrado muito interesse e elogiado o tema da pesquisa, não conseguimos manter as interlocuções por muito tempo. Já as conversas com Nina foram mais espaçadas, com longos períodos de silêncio, havendo ela mesma mencionado estar muito cansada. Foi com Dandara que mantive contato ao longo de toda a realização da pesquisa, desde a fase inicial do campo, e foi ela que encontrei presencialmente em sua cidade, em novembro de 2022. Como Dandara ocupou lugar de destaque durante o decorrer do campo e a escrita da dissertação, passo a apresentá-la de forma mais detalhada.

Dandara é uma mulher negra, nordestina, bissexual, praticante de religião de



matriz africana e que se autodenomina uma pessoa gorda. É, em suas palavras, “multifacetada”, e de fato possui vários talentos: é cantora, toca instrumentos, dança e trabalha com arte musical desde a adolescência. É graduada em pedagogia, com duas pós-graduações. Além disso, por vários anos trabalhou como cantora, fez cursos técnicos em relação à área vocal, e quando iniciamos nossas conversas estava cursando a licenciatura em música e sua segunda pós-graduação. Nascida no interior da Bahia, ainda na infância mudou-se para uma pequena cidade, na região Norte, onde viveu por aproximadamente 20 anos. Retornou à Bahia em 2019, quando estava apaixonada por um homem de Salvador, com quem construiu um relacionamento a distância. Contou que ele alugou uma casa que mobiliaram juntos, na qual pretendiam morar, e ela diz ter trabalhado incansavelmente para chegar lá e para mobiliar a casa. Entretanto, disse que quando finalmente chegou na cidade, ele falou que ela não deveria ir para lá: “ele simplesmente me deixou ao léu”. Disse que ficou muito machucada com essa situação e decidiu “se aventurar muito” e nessas aventuras conheceu um grupo sexualmente liberal apenas para pessoas gordas, o qual passou a frequentar e onde fez amizades duradouras que mantém até hoje e para o qual posteriormente levou seu marido para conhecer e participar. Conversamos sobre como nesses espaços o corpo gordo é o mais desejado e considerado belo (Barros, 2017), desnaturalizando a ideia de que a gordura corporal seria sempre ruim, e ela respondeu que é verdade, mas até nesses espaços existe um padrão de corpo, pois constatou que as mulheres mais “disputadas” tinham o corpo mais firme, e, em suas palavras, “apetitoso”.

Conheceu seu marido por meio de um grupo de namoro no Facebook, e contou que na época estava em depressão e chegou a cogitar cometer suicídio, mas afirmou que encontrá-lo fez muito bem para ela. Foi em Salvador que formou uma união estável, engravidou, vivenciou sua gestação e teve um filho no primeiro semestre de 2021, aos 31 anos.

Quanto à sua relação com o corpo gordo, contou que vive com um corpo “grande” desde a infância:

**“Sempre fui uma criança grande, muito grande pra minha idade.** E a primeira vez em que senti isso na pele foi quando me mudei pro Norte. Primeiro teve o bairrismo né, uma nordestina grande, toda grande, vestindo a roupa da mãe, que eu não tinha roupa que coubesse...”.

Nesse sentido reconhecemos nossas experiências e comentei a ela que eu

também, na minha infância, precisava usar roupas de adulto, pois não existiam roupas para crianças gordas e grandes. Contou que sofreu muito na escola, em que era vista como “suja” e excluída de certas atividades, ou ocupava um papel “masculino”:

“Na escola, 5ª série, os professores, diretores, lavavam as mãos quando pegavam em mim... aí depois que eu fui começar a entender por que acontecia aquilo. Quadrilha, por exemplo, nunca pude dançar quadrilha... Minto, eu dançava vestida de homem com outra coleguinha que era gordinha. Tenho fotos e fatos vários pra contar sobre isso”.

Seu corpo foi patologizado e medicalizado desde cedo. Suas primeiras experiências com médicos por causa do corpo gordo foram justamente quando seus responsáveis descobriram que Dandara não estava mais querendo ir à escola devido à estigmatização que sofria (gordofobia), quando tinha 12 anos. Porém, apesar das diversas tentativas de “tratamentos”, nenhuma se mostrou eficaz para fazê-la emagrecer:

“A primeira vez foi essa, quando descobriram o que tava acontecendo comigo porque **eu não queria mais ir à escola, aí minha tia descobriu que era por causa da obesidade.** E aí foi que começou. **Vai no endócrino, no clínico, nutricionista, psicólogo, dieta, remédio, remédio e dieta, e viu que nada disso adiantava...** Aí eu ficava mais velha, mais gorda e psicólogo o tempo todo”.

Contou que desde muito pequena fazia aulas de ballet, mas precisou deixar de praticar quando chegou o momento de utilizar as sapatilhas de ponta, disse: “larguei uma das coisas por que mais era apaixonada na minha vida”. Comentou, porém, que a prática de atividades físicas teve grande importância para criar uma relação melhor com sua corporalidade. Após 3 anos sem dançar, um professor de educação física e sua esposa, que era bailarina, a descobriram como jogadora de *handball*:

“me descobriram como jogadora de handball, representei o estado, fiz parte de um clube, e aí **começaram as atividades de empoderamento, já que não conseguiam fazer com que eu emagrecesse, veio a parte da aceitação.** A professora de ballet disse ‘você vai voltar a dançar’. Eu já tinha 14 anos, era a mais velha e maior da turma, e mesmo assim voltei... O que me deixava mais feliz era que eu estava lá. Hoje encontro eles quando vão pra lá e dizem ‘a gente criou um monstro’, porque **eles foram a base de tudo, foram a base pra mim pra ter essa certa aceitação**”.

Informou que nesse mesmo período, apesar da “certa aceitação” que refere,

acabou indo para a emergência hospitalar diversas vezes devido a má alimentação e consumo de medicamentos para emagrecer:

“Mas dentro desse meio-tempo, **eu bati no hospital toda vez porque a pressão baixava, porque a dieta tava errada, porque me deram medicação demais**, aí toda vez que eu ia, só tinha um pronto-socorro, e aí falavam ‘Dr. Carlos, a sua paciente já tá passando mal lá’.

Nesse dia em que nos encontramos pessoalmente, Dandara falou em “aceitação” do corpo, num sentido de autoestima. Disse que “essa fase de aceitação demorou um pouquinho. Aceitação da cor da pele, do corpo gordo, do cabelo...”, contou que tentou alisar o cabelo para se parecer com as coleguinhas várias vezes, e concluiu que “aceitação da cor da pele junto com o corpo gordo pesa muito”, reforçando a dificuldade de fortalecer sua autoestima enquanto criança gorda e negra. Disse que eu precisava ver as mulheres de Salvador, que não têm vergonha de “botar o copo pra jogo”, contando da beleza das mulheres negras e “grandes” da cidade:

“Você tem que ver como a gente se veste... aqui a gente gosta de se vestir, a gente gosta de estar bem vestida, de sair... As negras, **tem umas negras aqui que em outros ambientes são chamadas de gordas, mas aqui não. A pele delas, parece que elas tão de meia-calça cintilante, aí quando eu cheguei eu falava que queria brilhar que nem elas**. E a maquiagem, elas botam muito colorido. Hoje eu vim simplezinha até porque quando comecei a me arrumar o meu marido já perguntou onde eu ia tão arrumada e bonita”.

Quanto à gestação, Dandara descobriu a gravidez no segundo semestre de 2020, aos 31 anos, quando pesava 125 kg. Durante a gestação pesou até 155 kg, mas no final estava com 140 kg. A descoberta da gravidez foi em plena época de distanciamento social devido à pandemia de covid-19 e em que pouco se sabia em relação à doença. No entanto, relatou que sua maior preocupação ao se descobrir gestante foi em relação ao diagnóstico que já tinha de “obesidade”, pois ficou muito preocupada quanto às possíveis complicações que poderiam ocorrer durante a gravidez, tanto com ela, quanto com o seu bebê. Embora denominada “obesa” e já tivesse recebido diagnósticos prévios de doenças relacionadas ao sistema reprodutivo, até então se considerava uma pessoa saudável e vivia bem com seu corpo. Disse, porém, que ficou “apavorada” quando soube da gestação e se questionou onde ficaria o bebê “em meio a tudo isso”. Frise-se que além do diagnóstico de “obesidade”, foi diagnosticada com doenças do sistema reprodutivo

que em tese dificultariam muito sua fertilidade. Porém, ainda assim, se deparou com uma gravidez não planejada.

Apesar de suas más experiências prévias em consultas médicas, quando soube da gravidez, Dandara procurou atendimento em uma clínica particular que a informou que ela corria risco de perder o bebê e seria mais viável ser atendida no SUS, já que não tinha plano de saúde.

“aí ela falou, você tá **com 3 meses e corre o risco de eclâmpsia e de perder o bebê**, e eu ‘tá certo, e agora?’”

Então a médica sugeriu que Dandara procurasse o cartão do SUS para poder ter atendimento em um hospital com “maternidade de renome”, que, segundo ela, é a melhor maternidade estadual de Salvador, com tratamento humanizado, mas não foi aceita:

“eu queria ter tido numa ONG em que eles acolhem mães que não têm doença, com pré-disposição pra ter um parto natural, **lá eles têm tudo, paria dentro da piscina, em cima da bola, pendurada no teto, aquela história toda. E aí eu queria muito ir pra lá, mas só que a hipertensão não deixou**, eu tinha hipertensão, pré-disposição a diabete gestacional e eu tava tendo perda de líquido desde os 5 meses. Esses fatores fizeram com que eu não fosse eleita pra parto nessa maternidade”.

Uma vez que não foi acolhida no local em que desejava parir, buscou, então, um posto de saúde no qual lhe disseram que sua gravidez era de “alto risco” devido ao seu peso e que precisaria de atenção maior e mais frequente, diretamente na maternidade onde teria o bebê. Assim, todos os meses, de 15 em 15 dias, tinha que “ir lá fazer tudo certinho” no acompanhamento para gestantes de “alto risco”:

“Eu tendo noção do meu tamanho. Uma mulher de quase cento e quarenta quilos. **Gestante sabendo que quando a gente está gestante querendo ou não a gente aumenta o peso, aumenta os riscos pro bebê. Eu me preocupei em procurar os serviços de saúde.** Como eu não tinha cartão do SUS eu procurei uma clínica particular onde a médica me orientou tudo certinho e disse que seria mais viável pra mim, como eu não tinha plano de saúde, seria mais viável ter um acompanhamento pelo posto de saúde pelo SUS **aí eu providenciou tudo certinho, em menos de uma semana eu já estava no posto de saúde. Quando eu cheguei no posto de saúde eu fui muito bem recebida e a enfermeira que me atendeu, ela falou ‘você sabe dos seus riscos né?’, ‘Quais são os riscos, hein, quais?’** Porque eu sabia que eu tinha risco, mas eu queria tudo detalhado **aí ela falou assim por você ser obesa** - ela falou bem claro - aumentam as chances de pré-eclâmpsia, piri-piri, **ela falou tudo né pra mim aí ela falou e por esse motivo também a gente vai estar te encaminhando pra fazer um pré-natal específico pra gravidez de alto risco.** Aí eu fui pra gravidez de alto

risco com aí lá eu descobri que já era hipertensa e não sabia, aí a gente foi cuidando da hipertensão durante a gestação”.

Conversando sobre a descoberta da gestação, contou Dandara que quando as amigas de sua terra natal souberam que ela estava grávida, todas se preocuparam. Uma delas, nutricionista, se ofereceu para ajudar. Dandara disse que a acionou, pois, devido à pandemia, não estava sendo oferecido serviço de nutricionista em seu acompanhamento pelo SUS por não ser considerado serviço essencial de saúde, então foi atendida por esta amiga de forma on-line quando necessário, e a avaliou como “super receptiva comigo, não cortou nada, só foi me orientando em relação ao que eu ia comer”. Nota-se que Dandara, diante da gravidez, tomou diversas providências para buscar ser o mais “saudável” possível, acatando as recomendações de comparecer ao pré-natal quinzenalmente, e inclusive voltou a consultar com nutricionista, apesar de já ter passado por experiências ruins de dietas muito restritivas, descritas por ela como “dietas doentias” e que não tiveram bons resultados. Dandara acredita que seu corpo poderia ter desenvolvido mais complicações, que não ocorreram porque buscou manter hábitos “saudáveis”:

**“e eu não desenvolvi diabetes gestacional porque eu procurei atendimento nutricional e o atendimento nutricional foi particular porque como eu fiquei grávida na pandemia esse tipo de serviço não era um serviço essencial de saúde. Então eu procurei uma nutricionista a parte né? E ela me deu um acompanhamento sensacional, um acompanhamento na hora que eu pedi on-line ela estava lá pra mim. Aí até aí tranquilo”.**

Surgiram várias críticas aos atendimentos que Dandara recebeu em seu pré-natal, parto e pós-parto no SUS, porém nem tudo era ruim. Relata que teve pré-eclâmpsia e o atendimento foi “sensacional” no pré-natal pelo SUS. Porém, quando a pressão ficava muito alta e não era possível ouvir o feto, ela era encaminhada à emergência gestacional, onde o atendimento, em suas palavras, era “péssimo”. Ela contou que sofre de ansiedade, e que, devido a isso, em quase todas as consultas na emergência obstétrica sua pressão estava alta, embora medicada para ansiedade. Como lá não havia muitas vagas, era dada prioridade às gestantes que já chegavam parindo e ela precisava esperar por longos períodos. Relatou uma situação em que foram colhidas amostras de sangue e esperou das 9h da manhã às 21h da noite para o resultado do exame, mas não o recebeu, porque a amostra foi perdida. Passou o dia todo sem se alimentar porque corria o risco de ficar internada

e ter o filho aos 7 meses de gestação. Nessa espera, Dandara e seu marido contraíram covid-19. Neste dia, ela relata que a médica que a atendeu, além de não ter dado atenção a ela, manifestou-se no sentido de que esperava que ela apresentasse comorbidades devido ao corpo gordo, o que acontece com frequência quando pessoas gordas buscam serviços de saúde (Jimenez-Jimenez, 2020):

“Passei com a médica depois de mais ou menos 1 hora, isso em jejum. **A médica passou os exames, nem olhou pra minha cara**, passou os exames e disse assim ‘**vc é diabética, né?**’, aí eu disse ‘não’. ‘**Você é hipertensa, né?**’, disse ‘sou’. ‘Desde quando?’ ‘adquiri na gestação’. ‘**Com esse peso todo, você só adquiriu na gestação?**’ Aí eu disse ‘é’”.

Após essa consulta, Dandara seguiu aguardando o dia todo em jejum na emergência, sendo que a emergência normal era separada da obstétrica apenas por “um vidrinho bem fininho”, em suas palavras, enquanto do outro lado passavam pessoas com covid o tempo todo e ela se sentindo exposta, pois a porta não ficava fechada. Dandara esperou até 21h quando enfim conseguiu voltar a falar com uma médica, pois solicitou diversas vezes e não permitiram, e nesse tempo todo não forneceram os resultados de seus exames. Então a médica disse que não foi colhido nenhum material e o exame teria que ser realizado novamente. Porém, Dandara se recusou a realizar o exame mais uma vez, após um dia inteiro aguardando e em jejum, então resolveu ir embora:

“Disse que preciso de atestado médico porque trabalho. **Ela me deu o atestado só do dia e me mandou pra casa com quase 19 de pressão, gestante e toda inchada**, e ela ‘eu só posso dar o do dia, e se você quiser’. **Saí de lá chorando. (...) 2 dias depois testamos positivo pra covid e sabemos que tínhamos pegado naquele ambiente**”.

Dandara ouviu dos médicos que seu corpo muito gordo e grávido estava em riscos, mas ainda assim passou um dia inteiro no hospital aguardando pelos resultados de exames que foram perdidos, sem se alimentar, contraiu covid-19 e por fim foi liberada à noite com a pressão muito alta e “toda inchada”, com atestado apenas do dia e tendo que trabalhar no dia seguinte. Ao ser diagnosticada com covid-19, conta Dandara que já estava muito grande, com uma barriga enorme, e o que ouviu do médico ao buscar atendimento foi que ela estava muito gorda e que ela deveria ter buscado o planejamento familiar, dando a entender que não deveria estar grávida com seu peso:

“(...) o médico falou assim ‘**você tá grávida, né?**’ eu disse ‘tô’. ‘**de quantos bebês?**’ eu disse ‘só um’. ‘**Você tá gorda, né?**’ a primeira coisa, ele foi

muito arrogante. Eu disse ‘eu sei, eu tenho plena convicção de que eu sou obesa’, aí ele pegou e falou assim **‘você tava onde que não foi no planejamento familiar?’**, falou desse jeito! (...) **muito chato isso, toda vez que eu preciso ir ao médico, a primeira coisa que perguntam é isso e não aceitam que eu seja uma pessoa obesa e com uma saúde tranquila**”.

Após receber o resultado do teste positivo para covid-19, o médico que atendeu Dandara se recusou a assinar seu prontuário sozinho, disse que não poderia porque não existia um tratamento específico para gestantes, e ele não queria se responsabilizar sozinho, pois “é uma doença que tá matando e que tá assolando”. Dandara teve seu prontuário assinado por 3 médicos e saiu do hospital com a receita de alguns medicamentos para comprar, pois estavam em falta no SUS, e com a sensação de medo muito agravada, achando que iria morrer.

**“E aí era só pedindo a Deus pra não morrer, né.** Porque pelo que ele falou, eu tava sendo mandada pra casa pra morrer, porque não existia nem um leito mais de UTI”.

Nota-se que ela tinha aproximadamente 150 kg, grávida de 7 meses, com covid e sem ter tomado nenhuma dose de vacina, o que ocorreu apenas posteriormente, no puerpério. Ainda assim, seu corpo tão usualmente tratado como falho e incapaz, foi capaz não apenas de engravidar, mas também de se curar da covid-19 sem ter sido imunizado e, posteriormente, de dar à luz um bebê saudável. Quando falamos sobre isso, disse Dandara:

**“Colocam na cabeça da gente que a gente é incapaz, que a gente não vai conseguir, que a maternidade vai ser um fardo,** e se a gente não tiver a cabeça no lugar, ela vira um fardo. Você pensa que não vai conseguir levar, é barra, viu, é barra”.

Falar do parto, inicialmente, foi bastante desafiador, pois Dandara teve um parto muito difícil. Ela, ao longo de toda a gestação, se considerou em um estado extremamente adoecido e conviveu com um alto nível de ansiedade. Foi decidido por sua médica que a gestação teria fim quando se completassem 39 semanas, diante da classificação de alto risco devido à hipertensão e à “obesidade”. A médica que a acompanhou ao longo da gestação recomendou parto natural, mas Dandara escolheu fazer cesárea, embora advertida de que esta escolha poderia causar mais complicações no pós-parto. Conta que em suas consultas foi constatado e informado pela médica que ela “não teria passagem”, o que foi um dos motivos para não querer parto normal, além de que tinha medo da dor e acreditava que a cesariana seria

menos dolorida. Ressalta-se que tal diagnóstico de “não ter passagem” é superficial e preconceituoso, pois foi mais uma forma de olhar seu corpo gordo e julgá-lo incapaz para parir. O estado de ansiedade extrema durante a gestação em um corpo altamente patologizado e caracterizado como em riscos também contribuiu para que ela quisesse que a gestação acabasse o quanto antes. Então, Dandara se dirigiu ao hospital com a expectativa de realizar uma cesariana, levou consigo a carta escrita a próprio punho por sua médica em que solicitava que a gestação fosse interrompida no dia em que completasse 9 meses. Porém, para sua surpresa, seu filho só nasceu após 4 dias de indução de parto que não teve sucesso, tendo sido levada a uma cesariana de emergência.

A médica que realizou o acompanhamento não a atenderia no momento do parto. Relata Dandara que levou sua pasta de exames para o hospital, disse que tinha um “portfólio de exames, porque era muita coisa”, nela incluída uma carta por escrito da médica que pedia a cesariana. Contudo, o primeiro médico que olhou o portfólio disse que não seria correto marcar a cirurgia cesariana. Trocou o plantão, e conforme relatou Dandara:

**“Trocou o plantão, o médico que mal me olhou falou ‘fica em pé’. Eu já estava com a roupa da internação, abri o roupão e ele falou ‘é, quadril largo passa gêmeos’, sendo que eu não tinha passagem”.**

Dandara, uma mulher negra de 140 kg, contou que o médico pouco a examinou e não a ouviu, pois decidiu que seu quadril largo bastaria para definir o parto, e embora informado de que a médica que a acompanhou constatou que ela não teria passagem e já havia recomendado a cesariana. Frisa-se quem ambos diagnósticos são superficiais. Assim, teve seu parto induzido ao longo de 4 dias para só então ser levada à cesariana que esperava fazer já no primeiro dia em que se dirigiu ao hospital, uma vez que as tentativas de parto normal não tiveram sucesso. Ao longo desses 4 dias de indução, Dandara passou por péssimos momentos e ficou extremamente nervosa.

**“Induziram meu parto do dia 12 ao dia 16. Eu sofri violência obstétrica e eles me doparam no hospital, me deram medicaçãozinha na veia porque eu tava muito nervosa. Além dos remédios que eles colocam na gente pra dilatar o colo do útero, eu dilatei os 10 cm e o bebê não desceu de forma nenhuma. Me levaram pra um banheiro esterilizado, pra quando eu fizesse força o médico segurar o nenê, acabou que eu fiz força, não sei de onde tirei força, e o bebê não descia e eu precisava de uma cesariana de urgência. E o tempo todo eles metendo medo no meu**



**marido dizendo que por eu ser obesa e hipertensa, eu iria morrer na mesa de cirurgia”.**

O parto, que poderia ser um momento lindo e marcante na vida de Dandara, infelizmente marcou muito mais por seus lados negativos, como um grande trauma. Dandara conta que ao longo desses 4 dias de parto induzido passou por sofrimento muito intenso, sofreu violência obstétrica, teve surtos psicóticos e crises de choro. Diz que não se recorda de diversos momentos do parto e só seu marido, que a acompanhava, sabe, mas ele se recusa a contar, uma vez que Dandara sofreu de depressão pós-parto e são momentos fortes e violentos.

**“Eu tive surtos, eu surtei, eu chorava muito copiosamente, desde a hora do parto, eu tive surtos psicóticos e tô contando pra você o que eu lembro, tem muita coisa que aconteceu e só quem lembra é meu marido e ele faz questão de não contar. Porque eu fiquei com depressão pós-parto. Só que não rejeitei meu filho, pelo contrário. Sou superprotetora, extremamente protetora. Estou aos poucos desmamando da medicação, tudo agora, e tá sendo muito difícil ter que voltar ao ser mulher e ser mãe tá sendo muito difícil”.**

No momento do parto, as recomendações médicas que ouviu foram de que seu corpo “obeso” e “hipertenso” não seria capaz de sobreviver à cirurgia cesariana. Quando por fim foi realizada a cesariana, sua preocupação principal era em relação a sua pressão, pois lhe foi dito que ela poderia morrer se fizesse a cirurgia, o que a deixou ainda mais ansiosa, e também se preocupou quanto à saúde do bebê.

**“Meu filho nasceu às 20h43 da noite e a única coisa que eu queria saber era se minha pressão tava 12x8 e se ele tinha nascido bem. Ele demorou pra chorar e eu tava muito ansiosa”.**

Relata que a demora para a realização da cesariana de emergência resultou em consequências para a saúde do bebê:

**“quando teve vaga na enfermaria, eles não me davam alta porque precisavam fazer o desmame do remédio de pressão que eu estava tomando. E o bebê também deu bilirrubina baixa, então precisou daquele banho de luz durante um bom tempo”.**

Conta, com remorso, que seu filho ficou por dois dias em banho de luz e teve deficiências de vitaminas, e atribui isso a falhas nos atendimentos de saúde e negligências na forma com que o parto foi realizado:

**“(...) nasceu com a bilirrubina baixa e cresceu com deficiência de vitamina D por falta de cuidados que poderiam ter tido ainda na maternidade (...) na verdade foi um conglomerado né Aline? A demora do**

parto e também a falta de zelo que teve, **ele demorou muito pra nascer e comeu o mecônio dentro da barriga essas coisas tudo e aí deu bilirrubina baixa, ele ficou na luz, né? No tratamento da luzinha azul, acho que uns dois dias**, foi, foi quase de uns dois dias. E aí, mesmo assim, **ele teve deficiência de vitamina D**. Pra gente descobrir a deficiência de vitamina D ele teve várias várias doenças de pele, a gente pensou que era até DST a gente pensou que fosse pra depois descobrir que era deficiência de vitamina D, se não me engano e vitamina A, tem mais outras duas vitaminas que eu não lembro agora”.

Ainda no hospital, logo após os 4 longos dias de parto e a cirurgia, Dandara foi encaminhada ao CTI, onde não podia ter acompanhante. Lá, teve muita dificuldade para amamentar o bebê, o que ela contou nos primeiros áudios que me enviou sob o título de “a saga da amamentação na enfermaria”.

“Como meu bebê nasceu já dormindo, né, ele dormiu praticamente o tempo todo e não acordava de forma alguma pra pegar o peito. **E mãe de primeira viagem com o peito gigantesco e cheio de leite não tem controle nem sobre o bebê, nem sobre si mesma. Eu precisava de suporte e no CTI não podia entrar acompanhante pra dar esse suporte e esse apoio**. Precisava de alguém pra dar suporte e esse apoio pra mim. **Aí falavam “mãe, tem que dar o peito pro nenê”, e não ensinavam**. Eu subi pra enfermaria sem saber amamentar meu filho, tentava de todas as formas botar o peito na boca da criança e a criança não abria a boca pra quase nada. **Cheguei na enfermaria sem alimentar meu filho e meu filho chorou todas as noites e dias com fome**”.

Embora muito fragilizada após 4 dias de dores, choro, ansiedade e sofrimento, que culminaram em uma cirurgia na qual Dandara achou que iria morrer, pois foi o que lhe foi dito pelos profissionais que a atendiam, ela foi levada à CTI onde ficou sozinha, sem uma pessoa de confiança que a acompanhasse, e além de desamparada se sentiu cobrada para saber amamentar o bebê, o que não conseguiu e a fez sentir ainda pior. Sobre essa “saga”, conta, ainda, que por fim teve o peito rejeitado pelo filho.

“A pediatra foi, e receitou leitinho de 3 em 3 horas, mas o leite que ia pra ele que já nasceu com fome era pouco, muito pouco, então ele chorava muito. **Aí eu fui no banco de leite, esvaziava o peito, e não era permitido levar o leite do banco de leite pra criança. Aí que o meu filho rejeitou o peito já na maternidade pra segurar o copinho e tomar o leitinho**”.

Quanto à atenção que lhe foi dada no hospital quando internada após o parto, refere que o atendimento dos enfermeiros e técnicos poderia ser muito bom e acolhedor, mas isso dependia da equipe de enfermagem, sendo que em alguns horários quase a “pegavam no colo” e se sentia bem cuidada, mas em outros a

“deixavam jogada”:

**“O atendimento em si dos enfermeiros, técnicos de enfermagem variavam muito de acordo com as trocas de plantão**, alguns eram sensacionais, uma equipe de plantão muito boa que ficou no meu quarto, orientou, segurava o bebê comigo, praticamente ‘me pegou no colo’, mas também teve umas que praticamente me deixavam jogada. Iam dormir e me deixavam jogada”.

No que tange aos médicos, inicialmente, sua principal reclamação foi em relação ao dia em que deveria receber alta, mas atrasaram e ela permaneceu no hospital, correndo maior risco de contrair infecções e diminuindo o tempo com o qual poderia contar com sua mãe, que permaneceria em Salvador por apenas dois dias. Informou que os profissionais da saúde que a atenderam não levaram isso em consideração:

“E também em relação aos médicos. No dia em que recebi alta, que era pra receber alta, no caso, os médicos demoraram muito pra passar a ronda, ficaram das 7h30 da manhã até meio dia numa sala reunidos com os estagiários, e depois não foram passar ronda, **só foram passar ronda no outro dia, e isso acaba estressando quem está esperando uma alta. Minha mãe veio de muito longe pra ficar pro meu parto e ela ia praticamente embora 2 dias depois dali, ia ficar 2 dias depois dali, e eles não entendem isso, não querem saber disso”.**

Embora ao longo de toda a gravidez Dandara tenha ouvido que seu corpo estava em riscos, e no parto tenham dito que ela iria morrer, mantiveram-na no hospital por um dia a mais aparentemente sem necessidade, apenas devido ao atraso na realização da ronda, estando ela no pós-operatório e com riscos aumentados de contrair infecções no espaço hospitalar. Isto faz questionar sobre quais riscos são realmente considerados, pois neste momento não foram trazidos à tona pela equipe médica. Caso tal postergação da alta tenha tido algum motivo médico, ele não foi informado à paciente. Após ter recebido alta, Dandara conta que teve ainda outros problemas e dificuldades, a exemplo da cicatrização:

**“Sofri muito no pós-parto também.** Como sou obesa, né, a minha barriga pendeu toda pra baixo, não diminuiu, **eu tive diástase, né, diástase aberta**, acho que é isso o nome, que nunca desceu, que caiu toda em cima da cirurgia, que ocasionou ceroma. **Tive ceroma e os pontos abriram”.**

Diante disso, buscou atendimento no posto, na maternidade e, ao chegar ao médico que atende os casos pós-cirúrgicos, foi informada de que a técnica utilizada em sua cesariana de emergência foi incorreta. Ele explicou que deveria ter sido

realizada a cesariana com corte vertical, e não a horizontal que foi feita em Dandara, e foi por isso que ela teve tantas complicações na cicatrização.

“Procurei atendimento na maternidade e não me atenderam e no posto de saúde tiraram os pontos e pediram pra voltar num posto que atendesse pós-cirúrgico. Procurei e o médico disse que era aquilo ali mesmo, **porque eu era obesa e não era pra ter feito aquele tipo de parto em mim, porque era pra fazer parto vertical, e o parto horizontal ia causar aquilo ali mesmo, e era pra esperar cicatrizar**. Cicatrizou, mas durou muito tempo”.

Ademais disso, contou que teve sangramentos por muitos meses após o parto, o que, com dificuldade, descobriu ser decorrente dos anticoncepcionais que lhe prescreveram após a cirurgia.

“Quando a gente sai da maternidade eles (...) também dão na receita um anticoncepcional. E aí eu tomei o bendito do anticoncepcional. Eu sangrei até o 6º mês do meu filho. E eu só parei de sangrar porque procurei uma clínica particular onde eles fizeram todo um exame pra mim dizendo que na verdade o que me fez mal foi o anticoncepcional. Aí mudaram o anticoncepcional e estancou o sangramento, que nem era mais um sangramento de menstruação, era uma própria hemorragia. E só parei de sangrar quando parei com o anticoncepcional”

Relatou que foi muito difícil descobrir a causa do sangramento, e precisou buscar uma clínica particular, pois quando atendida pelo SUS, no posto de saúde, o médico informou que ela deveria fazer uma cirurgia:

“Detalhe: pra chegar nesse diagnóstico de hemorragia, **o médico do posto de saúde sentou comigo e com meu marido dizendo que eu tinha que fazer uma histerectomia** dizendo que aquilo não tava normal. **Eu sentava, Aline, parecia que tinha morrido alguém ali de tanto sangue. Eu tava usando fralda geriátrica**”.

Embora não goste de lembrar sobre o parto, quando nos encontramos presencialmente, Dandara fez questão de comentar novamente sobre o que considerou a pior parte de seus atendimentos no hospital em que deu à luz. Disse, mais uma vez, que sua maior preocupação foi quanto ao “excesso de peso” e que o que mais marcou foi o primeiro atendimento que recebeu quando internada para parir:

“Foi quando a médica pegou, eu tinha um portfólio de todo tamanho só de exame, ela pegou assim... pediu só mais um último exame, totalmente delicada, pegou, olhou, viu o coraçãozinho do bebê, fez tudo certinho, **e disse a gente vai fazer uma internação, tá, marcar uma cesariana para no máximo hoje à noite, e eu internei de manhã...** Trocou o plantão, aí

veio um médico escroto que não quis fazer e tal, e aí aconteceu o que você já sabe”.

Reforçou o quanto ficou preocupada com o comentário do médico de que com quadril largo passariam gêmeos, enquanto sua expectativa, de acordo com o que a primeira médica tinha informado e do que haviam combinado, era de fazer a cirurgia cesariana:

“ele falou: ‘fique de pé aí’. Ele sentado aqui e eu ali na maca. Minha barriga parecia que eu tava grávida de trigêmeos. ‘fique de pé’, aí eu fiquei. ‘vire de costas’, aí eu virei. ‘e levante o vestido’, aí eu levantei. ‘quadril largo passa gêmeos’. **Aquilo ali eu só engoli seco, seja o que Deus quiser, seja o que Deus quiser...**”.

A partir de então, lembrou o sofrimento e os surtos que teve ao longo do parto, em que também recebeu altas doses de medicamentos que foram administrados para tentar acalmá-la, mas que até hoje ela não sabe quais eram, pois não a informaram:

“Eu surtei lá dentro, não foi bacana. E como eu tava, me deram remédio, **eu surtei, queria bater no médico, na equipe médica, me deram remedinho e não disseram o que me deram, e eu só acordava pra sentir dor**”.

Outra violência que contou ter sofrido no parto foi que por longo período a deixaram sem acompanhante:

“**e aí não deixavam meu marido entrar**, ainda teve essa... aí quando ele conseguiu entrar eles estavam me levando pro banheiro pra eu ter bebê lá, **e eu só ouvia o médico falar assim, ‘olha, quando você sentir a dor forte, você se agacha que eu vou segurar o bebê, e ele com um bisturi segurado na mão sem luva**”.

Depois que seu marido já estava com ela, contou que teve medo de sofrer uma episiotomia não consentida, de ser “toda rasgada” com um bisturi e que foi empurrada e sofreu uma queda:

“no parto o bebê fica encaixadinho no quadril, **eu fiquei com meu filho entalado ali**, porque não tinha espaço no meu canal vaginal pro bebê descer, **eu dilatei uns 10 cm e do colo do útero pra baixo ele ia me rasgar inteira, ele ia me passar o bisturi. E eu disse ‘meu filho não vai nascer assim, tire a mão de mim’, aí foi quando ele me empurrou e eu caí de costas no chão**. Quando eu voltei pra mim, eu olhei e meu marido tava me tirando do chão, não tinha mais pudor nessa hora, eu toda molhada, já tava andando nua...”.

Reforçou que outro incômodo foi em relação às vestimentas hospitalares, que só existiam 5 no tamanho GG, e acabou tendo que usar duas de tamanho menor:

“1 pra botar na frente e 1 atrás, e quando fui pro quarto pra ficar internada muito tempo, tinha troca de roupa diária, e como não tinha robe que fechava, teve situações em que fiquei com o mesmo robe 2 dias, com roupa suja, e a camisola que eu levei de casa não deixavam usar”.

Por fim, concluiu:

**“foi uma sequência de absurdos**, que hoje eu tô curada, mas só de pensar, de cogitar viver isso tudo de novo, eu penso 2, 3, 4, 5 vezes”.

Algumas vezes Dandara fez referência a como sua relação com o corpo foi alterada pela gestação e maternidade. Veremos mais sobre sua relação com o corpo gordo no terceiro capítulo, em que abordo o que pode significar se dizer e ser uma pessoa gorda. Disse ter “se anulado enquanto mulher”, deixado de “se cuidar”. Nas nossas primeiras conversas, comentou:

“Hoje eu não tomo mais nenhum tipo de antidepressivo. Meu antidepressivo tem nome, sobrenome, CPF, dorme no meu lado e eu tô, aos trancos e barrancos, me reerguendo. Mas me olhar no espelho tá sendo difícil, principalmente do pescoço pra baixo. **Eu tenho que me acostumar com esse novo corpo, essa nova mulher que nasceu depois do nascimento do meu filho**”.

A partir do caso de Dandara, já chama atenção esse corpo gordo e gestante como posto em estado de muitos riscos e tratado como adoecido, o que afetou a forma como ela se sentiu durante todo o período da gravidez, parto e pós-parto. Para tentar administrar a gravidez diante do entendimento biomédico de que teria um corpo “doente” ou “anormal”, tentou se manter o mais “saudável” possível, buscou consultar nutricionista e ter uma alimentação adequada e realizou diversos exames e consultas de pré-natal de 15 em 15 dias. Contudo, ao mesmo tempo, encontrou dificuldades de acessibilidade em exames e nas roupas que não lhe serviam e ouviu comentários ofensivos de profissionais da saúde que estavam responsáveis por seus cuidados. Relatou que passou por situações graves de violência obstétrica e gordofobia ao longo da gestação, parto e puerpério. No parto, diante dos diagnósticos de riscos associados que não se confirmaram, sua vida e a de seu bebê foram colocadas em risco, ao adotar técnica que ela não desejava, prática de indução medicamentosa e administração de outros remédios que a deixaram muito nervosa, fizeram com que se alterasse emocionalmente, e atrasaram o nascimento de seu bebê. Dandara nos acompanhará ao longo dos próximos capítulos, em que algumas destas questões que emergiram de seus relatos serão abordadas de forma mais detalhada.

## 2. PERSPECTIVA BIOMÉDICA DE CORPO “ANORMAL”

Historicamente, questões sobre maternidades “legítimas” iniciaram com desafios relativos à aptidão: quais pessoas, quais mulheres os políticos e pessoas comuns definem como aptas para serem mães? Vimos que mulheres de vários grupos foram definidas como más mães, perderam a custódia dos seus filhos e foram presas devido a escolhas parentais baseadas em padrões culturalmente específicos que mudam com o tempo e com o contexto. Ainda hoje, alguns políticos e decisores políticos continuam a definir categorias inteiras de pessoas como “más” mães, porque estas não se reproduzem dentro dos limites de uma estrutura familiar nuclear branca de classe média, em condições consideradas “seguras” pelos padrões de classe média, que são cada vez mais difíceis de alcançar para muitas pessoas (Ross e Solinger, 2017, p. 171, tradução própria<sup>17</sup>).

### 2.1 “Obesidade”: epidemia e doença moral

Passo a tratar da patologização das corporalidades gordas, inicialmente a partir do entendimento biomédico, para examinar criticamente essa perspectiva de corpo “anormal” ou “doente” por ser gordo e também grávido, e que busco identificar como se apresenta nas práticas de saúde e influencia as experiências das mulheres gordas gestantes, parturientes, ou que desejam engravidar. Diversos estudos feministas e antirracistas já abordaram criticamente como grupos minorizados, tais como mulheres, LGBTQIAP+, imigrantes, negros etc foram historicamente retratados na medicina e na construção da noção de saúde (Macedo, Moutian, Machado, 2021). Tem-se discutido atualmente, sobretudo a partir dos ativismos antigordofobia e no campo de estudos dos *fat studies*, sobre como os discursos e entendimentos biomédicos justificam e reproduzem estigmas do peso/gordofobia na sociedade, de modo a prejudicar as pessoas gordas ao comprometer a saúde física e mental, dificultar o acesso ao mercado de trabalho e a tratamentos adequados de saúde e afetar as relações sociais, levando à exclusão social e sofrimento, sendo que são mulheres, sobretudo as gordas maiores, que apresentam maior sofrimento com essa discriminação (Barros, 2017; Rangel, 2018; Jimenez-Jimenez, 2020; Rubino et al., 2020, p. 487; Puhl, 2021).

Definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o excesso de

---

<sup>17</sup> No original: “Historically, questions about “legitimate” motherhood have begun with challenges regarding fitness: which persons, which women do politicians and ordinary people define as fit to be mothers? We have seen that women in various groups have been defined as bad mothers, lose custody of their children, and suffer arrest for parenting choices based on culturally specific standards that change over time and context. Even today, some politicians and policy makers continue to define entire categories of people as “bad” mothers because they do not reproduce within the confines of a middle-class white nuclear-family structure in conditions that are deemed “safe” by the middle-class standards that are increasingly difficult for many people to achieve”. (Ross e Solinger, 2017, p. 171).

gordura corporal em quantidade que determina prejuízos à saúde e um problema de proporções epidêmicas<sup>18</sup>, em termos biomédicos, a “obesidade”, que recebe o código de doença “E66.0 – Obesidade devida a excesso de calorias” na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), consiste em uma doença calculada apenas com base na altura e peso e que decorre meramente da ingestão elevada de calorias (hiperalimentação), ou, conforme o “E66.1”, também pode ser induzida por drogas. Desta forma, a partir do conhecimento biomédico, a obesidade é considerada um dos maiores desafios de saúde pública do ocidente, de modo que tem sido compreendida como um problema social, não por conexões com sistemas de produção de alimentos, mas “social” porque profusamente chamada de “epidemia mundial”, enfrentada a partir do incentivo de mudanças comportamentais individuais, em que a perda de peso fica sob responsabilidade do indivíduo e se apresenta como forma inquestionável de garantir saúde (Paim, 2020). É importante levar em consideração, no entanto, que ao colocar o emagrecimento como um dever para garantir saúde, os discursos biomédicos sobre gordura corporal podem ignorar o impacto de suas verdades normativas sobre emoções, vivências e sentidos que produzem ao retratar e enquadrar as pessoas gordas como doentes, inadequadas ou excessivas, o que indica que a preocupação com a saúde das pessoas gordas não é integral, como demonstra Oliveira (2015). Isso sem falar da não articulação entre condições individuais de saúde e fatores macroestruturais, como sistemas de alimentação que garantam não somente soberania como também qualidade de comida, o que geralmente não é considerado nas concepções biomédicas unicamente focadas no corpo indivíduo-biológico. Embora este seja um ponto que não desenvolvo neste trabalho, considero que se trata de um tema a ser tratado em outro momento, sobretudo em termos de políticas públicas voltadas à referida “epidemia de obesidade”. A presente pesquisa, nesse sentido, circunscreve-se a atentar para os impactos na vida de mulheres na condição de/em/com corpo gestante, contribuindo com uma análise em microescala para uma discussão tanto de saúde pública quanto de direitos humanos.

Por outro lado, o entendimento biomédico contemporâneo também pode compreender a “obesidade” como uma condição multifatorial, que envolve fatores

---

<sup>18</sup> “*Obesity*”, disponível em: [https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1). Acesso em: 18 mai. 2023.



que estão fora do controle do indivíduo (genéticos, ambientais, biológicos, sociais...). Alguns estudos recentes do campo da ciência do peso reconheceram o que há tempos os *fat studies* demonstram: que a os estigmas decorrentes da “obesidade” têm muitos efeitos negativos na vida dos indivíduos, apontando a necessidade de se desenvolver um novo olhar sobre esse diagnóstico e combater os estigmas do peso (Rubino et al., 2020, p. 487), e iniciaram a compreender que pessoas denominadas “obesas” podem ser saudáveis, sem qualquer sinal de doença (Couzin-Frankel, 2021). O corpo magro, contudo, parece ser culturalmente considerado saudável, nas socialidades euro-americanas, inclusive nos discursos e práticas biomédicas, enquanto o gordo ocupa lugar de doente. O próprio IMC, cálculo utilizado para atribuir o diagnóstico de “obesidade”, apresenta diversas controvérsias científicas, posto que alguns estudos da área biomédica indicam que pessoas consideradas com sobrepeso (IMC 25 a 29) podem ter menor risco de morte quando comparadas a pessoas com peso considerado "normal" (IMC 18,6 a 24,9) e ainda menos quando comparadas com pessoas "abaixo do peso" (IMC inferior a 18,5), grupo que apresenta maior probabilidade de morte prematura. Existe, assim, um “paradoxo da obesidade”, que demonstra que indivíduos classificados com “sobrepeso” ou “obesidade grau I” podem ter menores taxas de mortalidade, sobretudo ao considerar a variável “idade”, pois dentre indivíduos idosos, os com sobrepeso e obesidade grau 1 apresentam risco de morte ainda menor (Oliveira, 2015; Gama, 2020).

Porém, apesar da patologização dos corpos gordos no imaginário moderno, no sentido dado por Latour, fortalecer a ideia de gordura como um malefício a ser combatido, em determinados contextos o corpo gordo pode significar saúde, beleza, fertilidade e outras características positivas e desejáveis. Embora as mulheres de camadas populares sejam as mais prejudicadas pelos estigmas do peso e gordofobia, temos como exemplo algumas mulheres brasileiras gordas de camadas populares cuja agência não consiste em buscar atingir um corpo padrão, mas desfrutar do corpo de que se dispõe (Barros, 2017). Ao analisar sociabilidades entre “gordinhas e seus admiradores” por meio de etnografia de um grupo no Facebook, Barros (2017) constatou que o corpo gordo feminino erotizado se apresenta como objeto de desejo e de maior valor nas interações, surgindo de perspectivas críticas para as políticas do tamanho e peso corporal das mulheres, circunscritas às regulações e interpretações do campo biomédico, e de modo a questionar a

dicotomia saúde/doença. Encontrou, assim, caminhos para repensar a magreza como única opção para a saúde e beleza, fornecendo elementos para a construção de um pensamento teórico acerca da diversidade corporal. Quando me encontrei pessoalmente com Dandara, ela contou que participava de um grupo sexualmente liberal de pessoas gordas, que além das atividades on-line, realiza também encontros presenciais na cidade de Salvador. Nesse contexto, as corporalidades gordas são valoradas positivamente, embora possa existir também um padrão de beleza do que seria o “corpo gordo ideal”, conforme ela mesma comentou, sendo mais valorizado o corpo feminino gordo e “durinho”. Em certas regiões geopolíticas, como alguns países africanos e árabes, a gordura corporal também recebe outras valorações sociais, associada a riqueza, saúde, força e fertilidade (Naigaga et al., 2018). Também em outras épocas, figuras como a Vênus de Willendorf, estátua do período paleolítico de uma mulher gorda, com barriga, seios e coxas volumosos, poderia ser a representação do que seria um alto status social na época caçadora-coletora e um símbolo de sucesso, saúde, bem-estar e sempre relacionada à fertilidade.

Figura 4 – Vênus de Willendorf



Fonte: Website “Fatos Desconhecidos”<sup>19</sup>

Desta forma, também na contemporaneidade, existem variados contextos nos quais as corporalidades gordas são relacionados a características positivas e à fertilidade. O corpo desejável e considerado saudável, em determinados locais, é justamente o corpo gordo. No entanto, chama atenção como a biomedicina pode abordar tal característica física, que pode estar relacionada a diversos fatores, como algo negativo, ao fazer uso de seus mecanismos de regulação, patologização, e de modo a criar e estabelecer as necessidades de adequar os corpos que ficam como

<sup>19</sup> Disponível em: <https://www.fatosdesconhecidos.com.br/wp-content/uploads/2022/03/venus-of-willendorf-1500x800.jpg>. Acesso em: 06 jul. 2023.

fora da norma. Aparte do campo dos *fat studies*, ao menos no último século, grande parte do conhecimento científico sobre corpos gordos, seja no campo biomédico ou em outras áreas, inclusive no âmbito das ciências humanas, teve como pressuposto o fato de que todas as pessoas gordas seriam doentes, por receberem o diagnóstico de “obesidade” a partir do cálculo do IMC.

Diante deste cenário, tem-se observado que a gordofobia, ou “os estigmas do peso” estão rapidamente se espalhando pelo mundo. Como se constatou em estudo antropológico realizado em dez países (Brewis et al., 2011), inclusive nações como Samoa e Porto Rico, em que os corpos gordos eram valorados mais positivamente, todos passaram a apresentar ideias estigmatizantes em relação a eles, diante de um modelo único e universal de obesidade que se impõe, no qual se compreendem os corpos gordos como doentes, acompanhados de julgamentos morais como desleixados e descuidados. Há nesse modelo uma responsabilização individual pela perda e ganho de peso e a gordura corporal apresenta caráter socialmente indesejável (Brewis et al., 2011).

Poulain (2013), ao tratar da temática da obesidade, refere que o “obeso” sofre de estigmatização em algumas sociedades contemporâneas, sendo esta considerada uma grande desvantagem social nas ocidentais. Desta forma, a estigmatização que recai sobre as corporalidades gordas tidas como “doentes” ou “anormais” pode estar ligada a exclusões e violências decorrentes da atribuição de características morais negativas, pois se relaciona ao que é socialmente permitido ou rejeitado, podendo-se justificar que recebam um tratamento marginal diante desse entendimento de serem consideradas “anormais”, pois na maioria das vezes as pessoas gordas são reduzidas à característica “desviante”, classificadas como obesas e desconsideradas nas suas qualidades e seus atributos sociais (Poulain, 2013). Neste sentido, no âmbito da saúde que investigo, principalmente no que tange à forma com a qual as pessoas gordas são acolhidas e tratadas nos atendimentos médicos e serviços de saúde, ainda, importante o conceito de estigma de Goffman (1982), segundo o qual, pelo estigma, se estabelecem formas de categorizar os indivíduos de acordo com determinadas características. Assim, a pessoa gorda seria portadora de um estigma que a coloca na situação de um indivíduo que estaria inabilitado para a aceitação social plena (Goffman, 1982), diferenciando-se das demais pessoas que não apresentam tal característica física e poderiam ser consideradas “normais”. Ainda, elucida que os “normais” criam

hierarquias e atribuem características aos sujeitos estigmatizados, que se transformam e apresentam em expectativas normativas.

(...) acreditamos que alguém com um estigma não seja completamente humano. Com base nisso, fazemos vários tipos de discriminações, através das quais efetivamente, e muitas vezes sem pensar, reduzimos suas chances de vida: Construimos uma teoria do estigma; uma ideologia para explicar a sua inferioridade e dar conta do perigo que ela representa. (Goffman, 1982, p. 8).

Há, ainda, a tendência em culpabilizar a pessoa estigmatizada, como é recorrente ao se retratar indivíduos gordos como sem força de vontade, preguiçosos, que comem muito e se alimentam mal, dentre outras características socialmente negativas que podem também surgir em consultas, atendimentos e práticas biomédicas. Fischler (1995), por sua vez, cunhou o conceito de lipofobia, que consiste em rejeição e ódio pela gordura, o que se observa em grande parte do ocidente e apresenta relações com os padrões impostos e esperados principalmente dos corpos femininos.

Como tal característica física, que historicamente e ainda hoje em determinados contextos pode ser muito valorada, passou a representar essa doença denominada “obesidade” e a ser compreendida como uma “epidemia”, apesar de não se tratar de condição contagiosa? Ao investigar os discursos sobre obesidade em diferentes períodos históricos, Santolim (2012) constatou influências estéticas, morais, religiosas, políticas e de gênero nos discursos médicos ao longo de processo de patologização da gordura corporal e de criação desse diagnóstico de “obesidade”, havendo, inclusive, o uso de comicidade, estigmatização e ridicularização pela medicina ao longo desse processo de patologização que estabeleceria o que seria um corpo “normal” e “anormal”. O surgimento desse diagnóstico ocorreu entre meados do século XVII e meados do XIX, quando a patologização se relacionava com princípios morais, éticos, estéticos e religiosos, provenientes de momentos históricos anteriores (Santolin e Rigo, 2015).

A obra de Michel Foucault, no que tange a corpo, medicalização, biopoder e biopolítica na transição entre um governo soberano para governos neoliberais, é muito presente e influente no campo dos *fat studies*, tomando-se os conceitos de biopoder e biopolítica para tratar de como relações de poder são produzidas e reproduzidas através e com os corpos humanos, de modo que a biomedicina e saúde pública, na primeira fase da obra de Foucault, são entendidas como cruciais

para definir, regular e vigiar corpos, determinando o que seria “normal” e o que seria passível de intervenções (Lupton, 2018). Assim, o Estado exercita o biopoder, o poder de promover e preservar a vida, que, como um tipo de poder disciplinar, define o que é normal, desejado, e é exercido pela medicalização da vida e vigilância da população, produzido pela circulação de saberes que são considerados pelos sujeitos como fundados em alguma “verdade” (McPhail et al., 2016). Segundo Foucault (1987), o corpo se insere numa teia de poderes que lhe ditam proibições, obrigações e coerções, que acabam por determinar gestos e atitudes e, conseqüentemente, delimitam as práticas e mecanismos na construção do corpo inteligível em uma estrutura sociopolítica de utilidade e docilidade. O corpo é, portanto, objeto e alvo do poder (1987, 1989). Ainda, há um saber-poder-fazer (Foucault, 2004) que constitui as corporalidades gordas como desviantes, ou ‘em falta’, assignando a elas uma noção de pouca utilidade, sendo usuais associações do corpo gordo com falências físicas e morais dos indivíduos. Com relação à constituição dos saberes da medicina no mundo ocidental Foucault (2004) analisa as alterações no entendimento quanto a “arte de curar”, ao se atribuir doença sobre o corpo, de modo que ocorreu uma desvalorização do adoecimento por meio da subjetividade de um entendimento sensível cultural, de seus afetos e um enaltecimento por modelos de identificações de doenças, sendo as doenças classificadas na pluralidade dos corpos e não na singularidade de cada ser (Jimenez-Jimenez, 2020).

A gordura corporal, mais especificamente, faz parte da diversidade humana e das corporalidades, porém, a partir da visão biomédica, aparece usualmente como um risco, inclusive epidemiológico, e ligada a diversas enfermidades. A obesidade, ademais, é considerada uma doença cuja cura depende da vontade individual, geralmente em desconsideração a causas biológicas, culturais, sociais, dentre outros fatores. Ao analisar as ligações entre neoliberalismo, biopoder e biopolítica, refere Parker (2019) que tais conceitos fornecem o quadro explicativo para compreender a relação entre o neoliberalismo e o conjunto de discursos e práticas que constituem o fenômeno da “obesidade materna”, uma vez que a “política da obesidade” contemporânea funciona como um projeto biopolítico a serviço do neoliberalismo, no qual o tamanho do corpo se tornou um marcador para a cidadania responsável, em que bons cidadãos tomariam as medidas necessárias para alcançar a magreza por meio de sua própria autogestão, enquanto a gordura marcaria um

fracasso do sujeito neoliberal. Diante disso, o sujeito neoliberal deve voluntariamente demonstrar disciplina e adotar as práticas necessárias para atingir o corpo “saudável” de acordo com o que é determinado pelos conhecimentos biomédicos e pela área da saúde pública, que partem dos conhecimentos e verdades dos “experts” para fomentar práticas de cuidado de si que previniriam doenças. Assim, a “saúde”, no caso a magreza, seria como um indicador de um bom cidadão, medida pela performance de saúde que a pessoa adota nas duas escolhas individuais de estilo de vida e tecnologias utilizadas para controle do peso, enquanto a má saúde, representada pelo corpo gordo, seria a falência do sujeito neoliberal (Parker, 2019).

Há que ser levada em conta, também, a influência do racismo científico neste processo de patologização da gordura corporal. Conforme Farell (2011), o ódio cultural à gordura surgiu de forma simultânea à construção de hierarquias de raça, sexualidade, gênero e classe, sendo que o projeto de “civilização” significava não apenas racialização e hierarquias de gênero e sexuais, mas também a construção de certos tipos de corpos como superiores e outros como inferiores, surgindo a gordura corporal como sinal de inferioridade na escala “civilizada”. Foi no século XIX e início do século XX, época em que o corpo passava a ser apropriado pela medicina, que o conhecimento produzido no ocidente começou a tratar a gordura como um sinal de inferioridade, como “primitiva”, “selvagem”, relacionada a promiscuidades, constituindo uma característica que marcava seus portadores como pessoas “inferiores na escala evolucionária e racial”, enquanto a magreza se associava a “superioridade”, servindo como mais um atributo para demarcar a divisão que se criava na época entre “civilização” e “culturas primitivas” (Farell, 2011; Strings, 2019). Um típico exemplo dessa intersecção entre racismo e gordofobia à época é a história de Sara Baartman, uma mulher sul-africana que em 1810 se tornou atração de circo e foi exibida em espetáculos na Europa devido ao tamanho e formato de suas nádegas e órgãos genitais, tendo sido apelidada de “Vênus de Hotentote”. Seu corpo e imagem foram explorados de forma erótica, racista e sexista em vida e também após sua morte, pois foi exposta como uma aberração em espetáculos e sessões de anatomia e, após seu falecimento, teve seu corpo imediatamente levado para autópsia, em desconsideração às normas da cidade para o tratamento de cadáveres, sob pretexto de pesquisa científica, e dessa dissecação resultou um ensaio do naturalista Georges Cuvier que pretendia fornecer evidências “definitivas e científicas” de seu status de baixo nível na escala da civilização (Farell,

2011). Partes de seu corpo, como esqueleto, cérebro e órgãos genitais, ficaram expostas no Musée de l'Homme, em Paris, até 1974, tendo sido devolvidos à África do Sul apenas em 2002, quando finalmente seus restos mortais foram enterrados e foi feito um memorial em sua homenagem<sup>20</sup>.

Figura 5 - Sara Baartman



Fonte: “Sarah Baartman: a chocante história da africana que virou atração de circo”<sup>21</sup>

Foi nesse contexto de racismo científico, em que apenas o homem ocidental era dotado de uma episteme superior e diversos sujeitos eram considerados “inferiores” diante da estrutura de poder global, racial e patriarcal (Grosfoguel, 2016) que se começou a patologizar a gordura corporal e se criou a fórmula matemática do IMC. Este índice consiste em simples cálculo matemático que considera somente o peso e altura, publicado pelo belga Adolphe Quételet em 1835 em “Sur l'homme et le développement de ses facultés”, a partir de estudos feitos apenas com a população branca, masculina e europeia e que embora não tenha sido criado com tal finalidade, nas últimas décadas e até hoje é utilizado como único critério oficial para diagnosticar a doença “obesidade” no contexto brasileiro e em grande parte do mundo. Além de sua origem questionável, e embora seus parâmetros tenham sido alterados e variem de um país para o outro, o diagnóstico a partir do IMC desconsidera que existem pessoas gordas metabolicamente saudáveis, bem como a diversidade étnica, cultural, de idade, gênero, socioeconômica, constituição física, hábitos de vida e outros fatores dos seres humanos. Trata-se de um conhecimento de origem europeia, feito a partir de estudo com homens europeus, tomado como

<sup>20</sup> “Sara Baartman (1789–1815)”, disponível em: <https://www.ufrgs.br/africanas/sara-baartman-1789-1815/>. Acesso em: 02 jun. 2023.

<sup>21</sup> Disponível em: [https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2016/01/160110\\_mulher\\_circo\\_africa\\_lab](https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2016/01/160110_mulher_circo_africa_lab). Acesso em: 28 jun. 2023.

único, neutro e universal e que patologiza todos os corpos considerados fora da norma como obesos e não inclui outras cosmovisões, corporalidades e formas de estar no mundo. Para calcular, basta dividir o peso corporal (em quilogramas) pela altura ao quadrado (em metros). Tal cálculo é usado no Brasil e em grande parte do mundo como critério para determinar quem tem peso “normal” (saudável) e quem é “obeso” (doente), além de determinar quem possui “sobrepeso” e peso muito baixo, bem como para indicar possíveis riscos da gestação e “capacidades” para engravidar, uma vez que às mulheres “obesas” é recomendado emagrecer antes de tentar gestar. Ademais, no que tange às críticas a tal cálculo, alguns estudos já demonstraram preconceito racial e de gênero no sistema de classificação do IMC, que foi feito sem considerar mulheres negras e pode servir para perpetuar racismo e sexismo (Strings, 2019). Mais recentemente, seu uso tem sido questionado pela biomedicina (Couzin-Frankel, 2021), porém, ainda é amplamente utilizado e, em alguns casos, acompanhado de outras avaliações antropométricas, a exemplo da medição da circunferência abdominal.

No Brasil, conforme publicação do campo biomédico, pessoas pretas apresentam maiores graus de IMC em comparação às brancas, sendo que a prevalência de “sobrepeso” está aumentando nas populações das capitais brasileiras, sobretudo nas populações pretas, que teriam uma alimentação de menor qualidade quando comparado à população branca (Pinheiro et al., 2023). Por outro lado, tendo em vista a predominância dos discursos que tratam da “obesidade” como uma questão de mera escolha individual, segundo Sanders (2017), suas representações como uma doença mais prevalente entre mulheres e crianças negras podem ajudar a reproduzir injustiça racial, ao fortalecer a normatividade branca e priorizar hábitos de consumo de pessoas brancas, associando a não brancura à gordura e doença, e porque tais discursos podem criar uma nova identidade pública das feminilidades negras “obesas”, representadas como preguiçosas, insaciáveis, más mães, que esgotam o estado e a economia, de modo que tal imaginário justificaria práticas discriminatórias e excludentes que sustentam a desigualdade racial estrutural. É necessário, portanto, que se tenha uma abordagem crítica em relação às construções das “crises” de saúde pública, tratando da “obesidade” como uma personificação da injustiça racial estrutural, para que não se



ênfatize e estigmatize os sintomas de estruturas injustas, tendo em vista que, ao pensar na gordura corporal ao lado do marcador cor/raça, são as mulheres negras e gordas que tendem a ser compreendidas, ainda mais, como “excessivas” (Sanders, 2017; Strings, 2019). No caso do Brasil, país com altíssimos índices de desigualdade social e no qual existe uma relação entre tais desigualdades sócioeconômicas com injustiças raciais, sendo a população negra mais vulnerável economicamente, modificar o corpo é também uma forma de indicar status social e riqueza, e, como dinheiro também possui ligação com raça, emagrecer e ser magro é uma forma de se aproximar à branquitude/“brancura” (Kulick e Machado-Borges, 2005).

A “obesidade”, ademais, não se trata de um fato médico-científico estável e desprovido de controvérsias e ambiguidades, pois existem práticas discursivas que a reiteram como doença e convencem acerca da necessidade de “intervir” no excesso de gordura corporal, que é reiteradamente situada como sinônimo de falta de saúde e um problema que exige intervenção urgente em nível individual e coletivo, ficando o peso ou a gordura corporal “em excesso” como algo perigoso e problemático e que deve ser “combatido” a qualquer custo, mesmo diante da ineficácia dos métodos emagrecedores disponíveis e da existência de outros modos de intervenção em saúde que não tomam o peso como algo central (Oliveira, 2015; Jimenez-Jimenez, 2020). Este fortalecimento de ideia de obesidade enquanto “epidemia” no “mundo ocidental”, além de fomentar estigmas e diferenças hierárquicas, também apresenta discursos de emagrecimento e saúde relacionados a um “modo de vida saudável”, enredada a um processo de expansão do mercado do emagrecimento ou da “boa forma” e intensificação de novos métodos de intervenção nos corpos e tecnologias diversas para ter e manter um corpo magro (Oliveira, 2015).

Diante dessa grande preocupação com um “peso saudável”, surgem diversos dispositivos para a magreza, como as cirurgias bariátricas, que são realizadas cada vez em maior número, inclusive por mulheres que desejam engravidar e têm a cirurgia recomendada como requisito, dentre outros métodos para emagrecer as pessoas gordas sob o pretexto de saúde, mas que em muitos casos têm fins estéticos ou de mera adequação. Tais dispositivos muitas vezes se sustentam em moralidades historicamente vinculadas às corporalidades gordas, a exemplo do “*jaw wiring*”, técnica bastante comum nos anos 80 e ainda utilizada hoje, em que os

maxilares são presos com arames para impedir que a boca se abra, o que pode gerar consequências psiquiátricas graves nas pessoas que se submetem a ela (Gama, 2020; Brunton et al., 2021). Em junho de 2021 foi publicado estudo no *British Dental Journal* que apresentou técnica similar, que consiste em dispositivo intraoral que utiliza ímãs e parafusos de travamento para prender os dentes uns aos outros permitindo que a boca abra apenas em torno de dois milímetros, servindo como um “cadeado de boca”, projetado para facilitar a perda de peso. Tal estudo foi proposto sob pretexto de que a obesidade é uma “epidemia global”, e que “as taxas de obesidade aumentaram de forma alarmante e quase um terço da população mundial tem IMC de sobrepeso ou obeso” (Brunton et al., 2021, p.1). O dispositivo foi testado em sete mulheres com IMC em torno de 40 diagnosticadas “obesas saudáveis” – o que é contraditório, pois a obesidade recebe Classificação Internacional de Doença (CID 10), então como pode alguém ser doente e saudável ao mesmo tempo, e se saudável, para que se submeter a um tratamento emagrecedor equiparável a tortura? Concluiu-se que é uma técnica boa para o emagrecimento porque pode ser reaplicada várias vezes no mesmo paciente e motivou as participantes a “embarcar em uma jornada para perder peso e diminuir seu IMC a uma faixa saudável” (Brunton et al., 2021, p. 5). O que faz com que a preocupação em atingir um corpo magro seja tanta, que mulheres “obesas saudáveis” estejam dispostas a se submeter a uma técnica desumana para “trancar” suas bocas? Aqui há, também, uma questão de gênero envolvida, inclusive foram apenas mulheres que se submeteram a tal estudo. No que tange aos corpos dóceis, Foucault (1997) também explica a normatização das aparências físicas e mensagens disciplinadoras que definem o ideal que aparece nas instituições do mercado, discursos que fomentam a busca por um padrão de beleza, pois “a disciplina aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças, em termos políticos de obediência” (Foucault, 1997, p. 119 apud Jimenez-Jimenez, 2020).

Tenho em consideração, portanto, como os discursos médicos e de saúde pública contribuem para uma visão do corpo como uma exigência de disciplina, monitoramento e vigilância com fins de diagnosticar, prevenir e “combater a obesidade” (Foucault, 1989). Silva (2019), ao investigar discursos sobre corpo, comida e saúde de mulheres que participam de militâncias gordas, constatou que o

pensamento biomédico considera a obesidade uma anomalia, e embora a biomedicina esteja ancorada em discurso puramente biológico, apresenta uma dimensão moral na busca da saúde, sendo a obesidade compreendida também como uma doença moral. Portanto, os discursos biomédicos sobre gordura corporal não estariam isentos de moralidades, em que pese, muitas vezes, ao compreender o mundo por meio de explicações biomédicas, se ignore a parte moralizante, sendo tais conhecimentos tidos como verdades absolutas e inquestionáveis. Rose (2007), ao tratar das mudanças na forma de se perceber o corpo no século XXI, apresenta a noção do corpo molecular e molecularização da vida, passando-se a compreender os corpos e a vida a nível molecular (genes, enzimas etc), e mostra como a biomedicina pode servir para o controle e remodelação dos processos vitais do corpo humano, ademais de influenciar nos modos de subjetivação, podendo as pessoas experimentar a vida incorporando a própria linguagem biomédica. Como refere Rose (2007), estamos cada vez mais nos relacionando com nós mesmos como indivíduos “somáticos”, seres cuja individualidade é, ao menos em parte, fundamentada na existência carnal e corpórea, sendo a linguagem biomédica utilizada para experimentar, articular, julgar e agir sobre si mesmo. Ainda, refere que as possíveis transformações da vida humana se tornaram fonte de valor e capital, sendo possível interferir na biologia e na vida, ao se fazer e produzir corpos. Assim, conforme referido por Prates (2019), nas últimas décadas houve uma crescente medicalização da vida social, com incorporação de termos biomédicos à linguagem hodierna ao mesmo tempo que passaram a figurar como orientação de padrões de comportamentos e condutas a seguir, tais como dietas e práticas de exercícios físicos, tendo em vista que todos somos doentes em potencial, diante de uma lógica de prevenção e um assujeitamento a uma lógica de controle, em que todos estaríamos sujeitos ao adoecimento e seríamos responsáveis por preveni-lo (Rose, 2013 apud Prates, 2019).

Existe, portanto, uma tradição em nossa sociedade de valorização social do diagnóstico e de biomedicalização e pharmaceuticalização de condições que nem sempre foram consideradas doenças ou medicalizadas (Rohden, 2018; Prates, 2019). No caso da patologização da gordura corporal, o diagnóstico de “obesidade” é associado a diversas comorbidades e complicações. No entanto, correlação não é

o mesmo que causalidade e, no geral, não existe comprovação biomédica de que “obesidade” cause qualquer doença, sendo apenas associada a elas, o que depende também da metodologia, das perguntas que são feitas e da forma pela qual as pesquisas são executadas. Dumit (2014) chama atenção ao fato de que a forma pela qual vemos algo é uma relação de poder, relação estabelecida inclusive ao se apresentar um objeto de pesquisa, sendo necessário que não nos acomodemos a clichês. Assim, apresenta a noção de implosão de objetos para pensar suas múltiplas dimensões e para ir além dos clichês com os quais já se está acostumado, de modo a romper com certezas e afetos em relação à perspectiva que já estava estabelecida. Neste sentido, recorrentemente se naturalizam verdades científicas, que se tornam uma espécie de senso comum, embora não compactuado por certas pessoas. Segundo Davidson e Lewin (2018), a história da medicina está repleta de exemplos de conclusões errôneas decorrentes de uma metodologia ruim, que assume que correlação é igual a causalidade. Grande parte das publicações científico-biomédicas já parte do pressuposto de que a obesidade seria uma “epidemia”, embora não se trate de doença contagiosa, indo ao encontro da ideia dos clichês que refere Dumit (2014), que podem inclusive consistir em “um lugar de conforto” e comodidade para o pesquisador, que se mantém de acordo com o que já é explicado e entendido, ainda mais diante de uma sociedade fortemente pautada por explicações e termos biomédicos e muitas vezes sem os devidos questionamentos (Rohden, 2018). De acordo com Emily Martin (1990; 1992), conforme citado por Davidson e Lewin (2018, p. 50), ao analisar metáforas culturais que estruturam nossa compreensão dos fenômenos biológicos sem a devida problematização, é mais fácil identificar como ideias científicas do passado, que agora parecem erradas ou demasiadamente simples, podem ter sido afetadas por ideias culturais de épocas anteriores. Assim, diante deste contexto muito gordofóbico na cultura ocidental contemporânea, em que se acredita existir uma “epidemia de obesidade” e seria incentivada uma “guerra à obesidade” e emagrecimento a qualquer custo, existe um forte pânico moral no âmbito de ideologias de saúde e em relação à gordura corporal, e, conseqüentemente, uma abundância de pesquisas científicas sobre obesidade e os perigos e doenças das corporalidades gordas (Davidson e Lewin, 2018).

## 2.2 Por que falar de gestantes gordas?

O tema tem grande relevância social, uma vez que o número de pessoas gordas no Brasil cresceu nas últimas décadas, indicando que a forma com a qual se lida com a temática da “obesidade”, envolvendo as práticas de cuidado e as políticas públicas, precisa de maior atenção. A seguir, refiro-me em termos biomédicos porque os dados dos quais dispomos são produzidos de acordo com os diagnósticos estabelecidos pelo IMC. Segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a proporção de pessoas com “obesidade” na população com 20 anos ou mais de idade mais que dobrou no Brasil entre 2003 e 2019, passando de 12,2% para 26,8%. Nesse período, em mulheres, subiu de 14,5% para 30,2%, enquanto em homens passou de 9,6% para 22,8%. Assim, em 2019, uma em cada quatro pessoas de 18 anos de idade ou mais no Brasil era diagnosticada como “obesa”, o equivalente a 41 milhões de pessoas. Já o “excesso de peso” atingia 60,3% da população de 18 anos ou mais, o que correspondia a 96 milhões de pessoas, sendo 62,6% mulheres e 57,5% homens (IBGE, 2020). Com a pandemia de covid-19, a população brasileira engordou ainda mais, conforme dados de pesquisa que comparou os efeitos da pandemia em 30 diferentes países, “Diet & Health Under Covid-19”, a população brasileira foi a que mais engordou nesse período. No que tange à gestação em corporalidades gordas no período pandêmico, conforme Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19 do Ministério da Saúde (2021), as gestantes que recebiam esse diagnóstico de “obesas” tiveram a gestação relacionada a “pior evolução da Covid-19, de maneira semelhante ao que se observava nas não grávidas” (Brasil, 2021), de modo que foram classificadas como gestantes de alto risco obstétrico-neonatal e a preocupação quanto ao peso corporal na gestação se tornou ainda maior. Ou seja, todas as pessoas gordas foram classificadas como em maior risco de ter complicações e óbito durante a pandemia de covid-19, e as gordas e gestantes ocuparam posição ainda mais alarmante.

É necessário levar em consideração, ainda, que a gordura corporal, no Brasil, tem relação com os marcadores de classe e gênero, estando as mulheres menos favorecidas financeiramente e com menor escolaridade mais propensas a receber o diagnóstico de “obesidade” (Ferreira et al., 2010). Disso decorre a importância desta pesquisa antropológica, a fim de subsidiar pesquisas na área de saúde pública que

englobem fatores socioculturais, tendo em vista que a maioria das mulheres que utilizam o SUS para serviços de saúde relacionados a gestação não são magras.

Como referem Ross e Solinger (2017), as demandas e vozes de mulheres pobres, com deficiências, negras, imigrantes, e outros indivíduos vulnerabilizados devem estar no centro dos debates sobre reprodução, pois cada um destes segmentos pode questionar movimentos eugênicos de que apenas determinadas pessoas deveriam se reproduzir e de que outros corpos seriam inerentemente patológicos. No caso das corporalidades gordas, pouquíssimo foi produzido no Brasil até o momento tendo em vista essa união das temáticas das corporalidades gordas com direitos e justiça reprodutiva. Mais especificamente em relação à gravidez, os corpos femininos já tendem a ser mais recorrentemente compreendidos de forma patológica e sofrem maior controle devido ao seu “papel reprodutor” (Prates, 2019), o que ocorre também na gravidez. Já o corpo gordo grávido, ao que tudo indica, sofre dupla patologização, pois é também diagnosticado como “obeso” e, portanto, a gravidez é denominada de risco. Publicações científicas do campo biomédico associam a gordura corporal na gravidez ao desenvolvimento de diversas complicações e riscos e, nos filhos de mães “obesas”, referem também muitas consequências da gordura da mãe para o feto e saúde do bebê após o nascimento (Silva et al., 2014). Conforme Parker (2021), o pânico moral construído em torno do diagnóstico de obesidade no Norte Global desde a década de 1990 teve relação com o aumento das pesquisas biomédicas sobre obesidade materna e gestacional e na forma com que seus resultados foram rapidamente acatados, sem as devidas críticas e questionamentos, havendo sido amplamente divulgados nas mídias e atingindo as políticas de saúde. Isto resultou no entendimento da “obesidade materna e gestacional” como uma grande crise de saúde pública, com consequências significativas para os cuidados oferecidos às grávidas gordas e para as identidades maternas gordas. Refere, assim, que a “obesidade materna” pode ser inclusive compreendida não apenas como um resultado da “epidemia de obesidade”, mas, pior ainda, também como uma de suas causas, com forte responsabilização materna pela saúde da população.

Ademais, no que tange às gestações e maternidades dissidentes, partindo-se da analítica de Foucault sobre a gestão da população como problema político, pode-se falar da produção biopolítica de uma maneira específica de maternidade, que determina os entendimentos acerca das capacidades reprodutivas e de maternar de

uma forma única e indica o que seria esperado das mulheres, ao passo que os espaços de cuidado em saúde também são elementos dessa produção biopolítica da maternidade (Macedo, Moutian, Machado, 2021). Existe, portanto, um controle exercido sobre as mulheres que recorrem à instituição médica para cuidados reprodutivos, onde se poderia definir e determinar quem estaria apto ou não para conceber, dar à luz e cuidar de uma criança. Ademais, os mecanismos nas atuais estruturas de poder que determinam quem estaria apto a conceber e parir aparentam uma "nova eugenia", impulsionada por um regime de verdade que mede e define riscos e faz recomendações para impedir esse risco, permitindo aos profissionais de saúde exercer controle sobre as pessoas que poderiam se reproduzir e gerar descendentes com a característica indesejável da "obesidade" (Mcphail et al., 2016). Assim, os discursos de riscos associados à gestação de pessoas gordas seriam um exemplo de como o biopoder funciona para moldar as vidas dos cidadãos e potenciais cidadãos, visto que quando os responsáveis pelo seguimento da saúde da nação são considerados em risco, seus corpos se tornariam um local de controle justificado.

Conforme publicação da Fiocruz (Malavé, 2019), mulheres grávidas são consideradas obesas quando apresentam índice de massa corporal (IMC) pré-gestacional superior a 30 kg/m<sup>2</sup> e, neste caso, atribuem-se diversos riscos e complicações antenatais, intraparto, pós-parto e neonatais, tratando-se de gravidez de risco com base no índice do IMC. Publicações do campo biomédico associam a "obesidade" na gravidez ao desenvolvimento de "diabetes gestacional, ocorrência de doenças hipertensivas, intercorrências cardiovasculares, eventos tromboembólicos, cesarianas e complicações cirúrgicas no parto" e, nos filhos de mães "obesas", referem, dentre outros, "maiores chances de malformações congênitas, score Apgar baixo, macrossomia, hipoglicemia e eventual morte neonatal" (Silva et al., 2014). Conforme o entendimento biomédico, tal diagnóstico de "obesidade" é também associado a pré-eclâmpsia e outras possíveis comorbidades, podendo ser considerado fator de risco para morbidade materna grave, principalmente em associação à infecção por covid-19 (Nakamura-Pereira et al., 2020). Logo, o entendimento biomédico atual no Brasil e no consenso científico, no geral, é de que pessoas gordas que desejam engravidar devem primeiro emagrecer para tanto, ter o peso considerado "normal" nos termos do IMC, associando-se a gordura corporal a diversos riscos à gestante e ao feto. Desta forma, a orientação médica usualmente é

de que ocorra perda de peso antes de engravidar, de modo que já se deve ser magra antes da concepção. Porém, caso a mulher engravide estando “obesa”, deve ser recomendado “seguir um plano alimentar saudável”, acompanhada por nutricionista, com “monitoramento do ganho ponderal por meio de intervenções nutricionais precoces e eficazes” durante toda a gravidez (Malavé, 2019). Diante disso, investigo como mulheres gordas grávidas administram a gravidez frente ao entendimento biomédico de que têm um corpo “doente” ou fora do “normal”. Pode este corpo gestar?

Consoante demonstram Davidson e Lewin (2018), os entendimentos culturais de como o peso e a gordura corporal afetam a saúde, combinados com um medo generalizado da “obesidade”, circunscreveram as perguntas que os pesquisadores do campo biomédico vêm fazendo e os cuidados clínicos que as pessoas gordas estão recebendo, de modo que os dados sobre ganho de peso e “obesidade” na gestação estão repletos de suposições não fundamentadas em evidências. Ressaltam, assim, que grande parte dos estudos biomédicos que tratam de “obesidade” materna ou gestacional apresenta resultados que não são conclusivos, que não demonstram causalidade, e sim meras associações e que nem sempre têm razões específicas, ou acompanham associações a “outros fatores”. Por exemplo, em estudo que investigou o impacto de longo prazo na saúde de filhos de pais gordos, foi observado que a genética pode ser um desses “outros fatores”, de modo que os genes poderiam ser responsáveis por até 90% da diferença no IMC da prole e “precisam ser considerados” (O’Reilly e Reynolds, 2013 apud Davidson e Lewin, 2018). O foco, porém, segue na “obesidade”, muitas vezes deixando de investigar esses “outros fatores”. Os estudos biomédicos, desta forma, podem utilizar o IMC como critério para determinar possíveis complicações da gestação, podendo deixar de lado outras questões importantes que poderiam afetar a saúde materna, tais como as causas “associadas”, estigmas sofridos nos serviços de saúde e no dia-a-dia, dentre outros. É importante, ademais, levar em consideração que, como indica Parker (2014), essa disciplina e controle dos corpos gordos gestantes atinge principalmente mulheres mais marginalizadas, mulheres negras, mães solteiras, de baixa renda, com baixa escolaridade, dentre outras que não têm sequer a opção, diante da ideia neoliberal de sujeito responsável por si, de optar por um “estilo de vida saudável” e os recursos necessários para lidar com os preconceitos e dificuldades que podem encontrar ao longo da gravidez e no exercício da



maternidade. Assim, conforme Parker (2019), enquadrar as corporalidades gordas e grávidas como uma crise de saúde pública contemporânea decorrente das más escolhas individuais de hábito de vida das mulheres pode invisibilizar e manter um sistema de desigualdades sociais e de saúde que criam as condições e determinam a saúde da população.

Para muitas pessoas que querem engravidar com corpos maiores, desta forma, é informada a necessidade de emagrecimento como uma condição, com base nos índices do IMC. Analisei um grupo de gestantes pós-bariátrica e tomei conhecimento de que muitas pessoas se submetem a cirurgia bariátrica para então atingir o peso considerado “ideal” e engravidar, sendo o Brasil um dos países que mais realiza esse tipo de cirurgia no mundo. Todavia, esta cirurgia gera consequências irreversíveis, por cortar parte de órgão saudável e dificultar a absorção de vitaminas, nutrientes e medicamentos. Inclusive, li o relato de uma gestante que fez cirurgia bariátrica, emagreceu 50 kg e disse que sua gravidez foi considerada de risco devido à má absorção de vitaminas. Conforme Manual de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde do Brasil (Brasil, 2022), ter se submetido a cirurgia bariátrica é uma das condições de saúde que determinam gestação de alto risco, contudo, também consta a cirurgia bariátrica como uma das medidas para perda de peso antes de engravidar: “deve-se orientar a perda de peso antes de engravidar (dieta, exercícios físicos e quando indicada, a cirurgia bariátrica). A meta ideal é atingir o peso adequado, o que é difícil na maioria das vezes, sendo aceitável a mudança para um grau menor do IMC”. Por outro lado, estudos do campo biomédico já indicaram que a cirurgia bariátrica, sobretudo a técnica de bypass gástrico, se relaciona a riscos aumentados de resultados perinatais adversos (Akhter et al., 2019).

Ademais, a biomedicina relaciona a gordura corporal e o diagnóstico de “obesidade” à infertilidade, associando tal diagnóstico a uma “inflamação” e a descontroles hormonais devido à atividade metabólica do tecido adiposo, que afetariam a ovulação e fertilidade (Silvestris et al., 2018; Fichman et al., 2020). Desta forma, existe uma ideia, no Brasil e em grande parte do ocidente, de que corpos gordos seriam inférteis ou teriam muita dificuldade para engravidar. Tal entendimento pode surgir, também, nas consultas, a exemplo dos seguintes trechos extraídos dos grupos on-line, que relatam a experiência de uma “tentante” e de duas mulheres que recentemente haviam parido:

“Fui no posto de saúde tentar um encaixe com ginecologista, enfim, conseguir... mas não, **o médico disse que tenho que perder 40 kilos**; tenho que diminuir os seios que eu não tenho que passar com ele sim com um clínico pra mim emagrecer. Tô frustrada até agora, nem reação, uma desanimada total. Ele falou tanto nome de exame que eu nunca nem ouvi dizer. **O médico me chamou de gorda falou que mulher gorda nao tem periodo fértil, nao tem ovulação.** Estou com 109kg; eu me sinto bem assim de verdade. DESISTO...”

“**Tinha ido em um obstetra pra começar a tentativa. Sai de lá arrasada, ele não só falou que eu não poderia engravidar de jeito nenhum, como me indicou fazer bariátrica** (...) acabei achando esse grupo. Ele me fez tão bem durante as tentativas e gestação que resolvi compartilhar aqui com vocês que deu tudo certo. **Engravidei com 5 meses de tentativa, com 114 kg**, encontrei um médico que me acolheu, não tive nenhuma alteração na pressão, diabetes, enjoos, azia. Minha gravidez foi maravilhosa (...) Enfim meninas, oq aprendi é que os riscos da gravidez todos passam, independente de vc ser gorda ou magra. Tive o Arthur com 38 semanas e **tive uma gestação e um pós parto bem tranquilos. Nós somos mais fortes do que acreditamos!**”

“Eu comecei a tentar engravidar depois dos 30 anos. Depois dos 30 anos, gorda, diagnosticada com Sop....**para os médicos a minha sentença foi ENQUANTO VOCE NAO EMAGRECER VC NÃO CONSEGUIRÁ ENGRAVIDAR!** O tratamento que eles queriam me passar eu não aceitei.. Usar anticoncepcional... Nunca usei! **Depois de longos 4 anos eu consegui engravidar de forma natural no auge dos meus 131kg... Aos 34 anos**”.

O seguinte diálogo demonstra esse paradoxo em que se localizam as corporalidades gordas, tratadas como inférteis, embora também possam engravidar. Em resposta a uma “tentante” que questiona sua fertilidade, surge a “saúde” como mais importante e em contraposição a um mero diagnóstico de “obesidade” que definiria as condições de saúde e fertilidade:

“Gente **porque será que não engravidado vejo tanta mamãe acima do peso, que conseguiu engravidar** e hoje estão com seus arco íris ....tenho 39 anos 120 kilos. Um pequeno cisto no ovário direito, um mioma intramural, **médico disse que mulher obesa não engravida fácil**, que esses dois probleminhas não impedem de engravidar... angustiada quero ser mãe... alguém passando por isso?”.

Resposta: “**Obesidade não dificulta engravidar nada, se eu não prevenir eu engravidado 1 por ano, tem q ver sua situação e saúde e não pela obesidade.** Troque de médico que te olhe como mulher e nao como obesa”.

Os relatos a seguir, por sua vez, são de mulheres que engravidaram tomando anticoncepcional. A primeira se denomina “obesa”, com 177 kg, e diz que embora “tomando remédio” para não engravidar, engravidou. Além de trazer elementos para

questionar essa ideia de infertilidade de corpos muito gordos, trata, também, de uma possível dificuldade que gestantes cuja gravidez é denominada de alto risco podem encontrar, de não serem acolhidas nos hospitais mais próximos pela falta de UTI, que seria uma exigência para que pudessem dar à luz:

“estou internada desde quinta aguardando regulação ou a maternidade que estou fazer minha cesárea. **Sou obesa mórbida estou pesando 177 quilos não podia engravidar mas engravidei tomando remédio tá tão difícil pra mim sabe** mas estou orando e pedindo a Deus pra eles fazerem meu parto que no caso sou hipertensa e obesa **e eles se recusam a fazer aqui pelo fato da obesidade e o hospital não ter UTI**. Tenho uma filha de 3 anos e 3 meses tive nesse mesmo hospital e a única diferença pra agora é 10 quilos que engordei tô aqui exausta a quase 5 dias orando a Deus e pedindo pra Deus trazer um anjo que possa mim ajudar”.

“**Engravidei pesando 150kg, tomando anticoncepcional** e com a saúde meio estranha. Nos primeiros exames do pré-natal, foi constatada uma anemia, uma infecção urinária assintomática absurda, glicose elevada e a tireoide absurdamente descontrolada (coisa de estar 88 e o normal ser 2). Remédios e mais remédios e uma preocupação enorme de não levar adiante meu pedacinho de gente [...] Hoje, com 15 semanas, na quarta consulta do pré-natal de alto risco, resultado de exames e morfológica na mão, vieram as notícias... **minha filha está perfeita, tudo conforme o esperado**”.

Desta forma, apesar de tratadas como inférteis, mulheres gordas podem engravidar, inclusive tomando pílula anticoncepcional, em que pese este entendimento de infertilidade também possa atrapalhar a adesão a métodos contraceptivos, como indicam os trechos a seguir:

“Antes de engravidar pesava 147 kg, estou de 19 semanas engordei 2 kg. Estou pesando 149; sempre **foi meu sonho ser mãe mas ouvia coisas muito ruins sobre engravidar acima do peso**. Eu me casei e meu esposo sonhava em ser pai mas sempre conversamos e eu falava pra ele **que pra eu engravidar eu teria que fazer um tratamento pra emagrecer porque poderia ter complicações! E como todos sabem os médicos dizem que mulheres obesas não engravidam por conta dos hormônios descontrolados e eu confiei nisso; não tomava remédios nada pra evitar** mas sempre orava (...) Um belo dia minha menstruação não veio nem dei moral como eu disse os hormônios eram desregulados por conta da obesidade então era normal atrasar as vezes nem vinha, aí esperei algumas semanas e nada de descer logo em seguida os enjoos; **quando fiz o teste tava lá meu positivo**”.

“passei em uma consulta com o gastro para mostrar um exame de endoscopia que havia feito e que por sinal já estava vencido de tanto que demorei a ir. O medico me atendeu de forma ríspida (...) olhou para a minha aliança e me perguntou se só pq casei que iria relaxar(ficar gorda)

acrescentou ainda dizendo que pessoas gordas não consegue limpar nem o bumbum e que falava isso pq ele já havia feito a bariátrica e sabia o que era ser obeso. Mas não foi isso que me desestruturou não. O pior foi quando ele me perguntou se eu já tinha filhos. Eu disse que não. Ai ele em tom irônico afirmou: **'Gorda desse jeito não vai ter filho nunca'**. Eu com muita tristeza e tentando não deixar transparecer respondi: 'É Doutor, Deus é quem sabe de todas as coisas'. Ele continuou o atendimento. Passou a medicação e eu fui para casa. Arrasada com as muitas palavras duras que ouvi. **Ao chegar em casa em meio a minha angústia contei o caso ao meu esposo e disse a ele que já que o medico havia dito que por ser obesa não engravidaria eu não iria tomar mais o anticoncepcional**".

Os seguintes relatos são de outras mulheres que engravidaram com o peso corporal elevado, em resposta a uma "tentante" que pedia "relatos de mães que conseguiram engravidar com mais de 150 kg", porque a maioria dos relatos que ela encontrou no grupo eram de pessoas abaixo desse peso, o que englobou discussões que demonstraram a fertilidade de corpos muito gordos e, também, sobre suas experiências de gestação e parto:

"Eu **engravidar com 160 e passei a gravidez super bem** nem parecia estar grávida. Tive que fazer uso de remédio pra controlar a pressão mas foi dosagem mínima. Tive parto normal"

"**Eu achava que não podia engravidar, nem queria e veio a surpresa quando estava pesando 154kg.** Tive diabetes gestacional e precisei tomar remédio no final do 7º mês. O parto precisou ser feito com 35s por causa da colestase gestacional que eu tive, e eu perdi 12kg durante a gestação! Minha bebê nasceu com 43cm e 2.200kg. Me pesei 1 mês pós parto e perdi um total de 17kg (sem dieta e sem me privar de nada)".

"Estou **com 170kg engravidar** perdi 5kg e agora recuperei 3 kg. Estou com 32 semanas pressão boa e nem uma alteração meu BB está super bem. Claro q quanto mais peso vc tem mais difícil acredito q fica em relação as dores no corpo e os desconfortos"

"Tenho **151,7 e engravidar de maneira natural de gêmeos** (não tenho na família); estou no 5 mês e até o momento engordei 250gr, meu obstetra me deu duas opções: terminar a gravidez com o peso inicial ou emagrecer 10 quilos. Até o momento não apresentei pressão alta e nem diabetes gestacional, porém, sinto mto mto enjojo, cólicas fortes e bastante exaustão, mas sei que é por causa da gravidez ser gemelar, não sofri gordofobia até o momento. A única coisa estressante mesmo é algumas pessoas da família que gostam de fazer piadas e me estressarem, mas graças a Deus estou morando em outro Estado[...]"

"Eu, **não fui tentante, mas engravidar com 150kg**, mas deu tudo certo. Tive hipotireoidismo gestacional e no início dos 9 meses meu pé começou a inchar e minha pressão subiu, fiz uso de metildopa por alguns dias até normalizar. Engordei 10 kg; começou a subir o peso no 7º mês [...] Meu médico no dia do parto disse que pelo alto peso minha gestação foi perfeita,

coisa difícil de acontecer. Mas eu não me privei de comer nada, até sushi eu comi, porém não sou muito de doce. Não sei se foi isso que me ajudou a não ter diabetes gestacional ou se não tem nada a ver. **E meu filho tá aí saudável**, nasceu grande com 51cm e 3,840 kg”.

No entanto, predomina o entendimento de que corpos muito gordos seriam inférteis. A própria descoberta da gravidez, diante desse entendimento de que um corpo gordo não poderia engravidar, pode ser dificultada. A interlocutora Nina sempre desejou engravidar e estava planejando uma gestação para o ano seguinte. Antes de procurar o SUS, realizava acompanhamento com uma ginecologista e obstetra que atendia seu plano de saúde, para a qual falou do seu desejo de engravidar e a resposta da médica foi que, para tanto, primeiro ela deveria emagrecer:

**“Aí ela falou que a primeira coisa que eu tinha que fazer se quisesse engravidar era perder peso, blabláblá, só que eu já tava grávida e não sabia, né.** Por causa dessas dores que eu acabei descobrindo a gravidez, umas cólicas horríveis e tal. E aí **ela disse que poderia ser uma infecção urinária e me pediu um exame urgente**, de urina (...) E aí antes de sair da consulta ela falou assim **‘tu não me aparece grávida com esse peso’** (...) e aí continuaram as dores e tal, fiz exame e nada, não era infecção urinária e quando saiu o resultado do exame eu já tava tratando. **Tomei antibiótico, toragesic, aquele paco também, só remédio forte pra dor e a dor não passava. Aí no dia 7, a segunda-feira, eu fiz o teste e deu positivo** (...) aí marquei consulta e ela disse, **“meu Deus, eu te disse que não era pra aparecer aqui grávida com esse peso”**, e eu falei ‘mas aconteceu, o que eu vou fazer, queria e tal’”.

A médica de Nina tampouco levou em consideração seu histórico de dietas e treinos excessivos (dos quais falaremos no capítulo 3), havendo recomendado apenas que emagrecesse para poder realizar seu sonho de ser mãe, sem explicitar uma maneira para fazer isso de forma saudável. Frisa-se que a biomedicina também compreende que dietas radicais e perdas de peso excessivas em períodos curtos de tempo podem dificultar a fertilidade (Pandey et al., 2010). Embora ciente do desejo de Nina de engravidar, sua médica não considerou a possibilidade de gravidez, tratando-a para infecção urinária com remédios fortes, e ainda afirmando que ela não poderia engravidar de jeito nenhum. Observei, em alguns outros relatos, que essa imposição do emagrecimento e magreza como condição para ser fértil e poder gestar pode dificultar a descoberta da gravidez e trazer outros riscos, como o de adesão a tratamentos potencialmente prejudiciais ao feto:

**“Eu também menina!! Fui na endócrino para emagrecer, pq queria**

**emagrecer pra engravidar. Ela me passou sibutramina, mas não comecei a tomar de cara pq estava com gastrite, vomitando. Acabou que a 'gastrite' hoje tá com 5 semanas e graças a Deus não comecei a sibutra rs Quando contei pra endócrino ela caiu pra trás rs".**

"Tenho 35 anos, 1,75m e 109 Kg. Estou grávida de 7 semanas, segunda gestação depois de 16 anos. **Eu já estava treinando e me exercitando visando emagrecer para o bebê, porém ele foi mais rápido que eu, hehe!**".

Tendo em vista os entendimentos biomédicos de que corpos gordos seriam inférteis e poderiam encontrar diversas complicações ao engravidar, esta intersecção da existência em corpos gordos e gestantes é especialmente interessante devido ao fato de que ambas características podem colocar o indivíduo em um local de muita vigilância sobre ele, recorrentemente observado, cobrado e vigiado para cuidar de si. Nas relações biomédicas, os corpos femininos são tomados como campo de intervenções e "consertos", sobretudo quando gestantes, e aqui se unem duas formas de tornar este corpo um objeto do conhecimento e das práticas biomédicas.

Os corpos grávidos são foco de interesse social e estão constantemente sujeitos a julgamentos, controle e críticas diante das expectativas de como uma gestante deveria ser e se portar. Diante disso, a própria gestação já pode ser suficiente para ocasionar mudanças nos hábitos e formas de buscar por "saúde". Estar em um corpo gestante, por si só, já pode gerar esta necessidade ou vontade de cuidar da saúde e manter-se saudável, isso está imbuído na concepção ocidental de como uma gestante deve se portar. Quando diagnosticada "obesa" e "alto risco", contudo, pode aumentar a ansiedade e não há muito mais que se possa fazer além de preocupar-se, pois não é recomendado que se realize dieta muito restritiva na gravidez para baixar o peso corporal.

É necessário levar em consideração, ainda, a classe como um marcador que pode limitar o acesso a informações sobre parto e cuidados, direitos, à contratação de doulas, bem como dificultar a adesão a um plano alimentar "saudável". Assim, parece necessário questionar o que é saúde e quais as condições de se ter saúde no Brasil, em que uma cesta básica custa aproximadamente dois terços do valor do salário mínimo e milhões de pessoas vivem em situação de desemprego, miséria e insegurança alimentar. Diante disso, como esperar que todas as gestantes possam realizar atividades físicas adequadas e se alimentar "corretamente"? Ou, ainda, que

aquelas que desejam engravidar, passem por um processo de emagrecimento anteriormente à concepção, e que não gere danos à saúde? Quais são as mulheres que podem, de fato, engravidar e ser mães, tendo em vista as orientações de que deve-se ter um IMC baixo para tanto? Os corpos das pessoas grávidas, quanto à reprodução, são também foco de interesse social, porém nem sempre existem as condições adequadas para que a gestação ocorra de forma “saudável”, sobretudo quando a gestante está em risco de ser estigmatizada e violentada até mesmo nos serviços de saúde que a deveriam acolher e garantir sua saúde e bem-estar. Como veremos adiante, embora corpos de pessoas com útero sejam valorosos para a reprodução, o corpo grávido quando gordo pode tomar um caráter repulsivo e ser tratado como se não devesse existir.

### **2.3 Gorda e grávida: “você engravidou para morrer?”**

Outro dado que chamou atenção nas minhas interlocuções e acompanhamento de grupos em redes sociais foi o medo, na descoberta e ao longo da gestação, diante desse entendimento de um corpo “incapaz” de gestar, ou em grandes riscos por ser gordo e grávido. Conforme o Manual de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde do Brasil (Brasil, 2022), gestantes “obesas” com IMC até 39,9, sem comorbidades, devem ser encaminhadas para o pré-natal de risco habitual, enquanto as com IMC a partir de 40 devem ser encaminhadas para o pré-natal de alto risco, e refere que “são diversos os riscos causados pela obesidade à gravidez”. Assim como Dandara, que relatou ter ficado “apavorada” quando descobriu a gravidez, deparei-me com muitos relatos de medo diante dessa descoberta, ao lado dos possíveis riscos informados da gestação com um corpo gordo. Segundo Davidson e Lewin (2018), a gordofobia criou um sistema de saúde no qual a habilidade de se cuidar igualmente de todas as pessoas é prejudicada por uma crença infundada de que o peso corporal seria um bom indicador da saúde geral e de possíveis riscos, de modo que tais crenças afetam os cuidados das gestantes gordas e também as pesquisas desenvolvidas sobre gestação e saúde. Assim, estar grávida enfrentando essa lista de possíveis riscos e complicações, enquanto também é preciso encarar o estigma cultural sobre o tamanho do corpo, e lidar com situações de gordofobia, pode ser muito desafiador.

Enquanto Dandara foi encaminhada ao acompanhamento para gestantes de

alto risco apenas devido ao corpo diagnosticado “obeso”, Nina, por sua vez, precisou insistir para receber este encaminhamento. Nina inicialmente foi atendida por médica ginecologista e obstetra do seu plano de saúde que já a acompanhava, mas se sentiu muito mal por suas falas violentas e, em suas palavras, gordofóbicas. Quando já estava gestante, conta que saiu transtornada de uma consulta, chorou muito, e decidiu por buscar outras alternativas, então acabou optando pelo SUS, onde diz que se sentiu muito bem acolhida. Lá, ela mesma fez questão de ser encaminhada para o atendimento de alto risco, o que ocorreu apenas no final da gestação:

“teoricamente daí minha pressão se estabilizou 13 ou 12 por 9. Mas minha pressão sempre foi 10, então teoricamente eu já estaria com pressão alta, segundo as coisas que eu estava estudando, com 2 pontos acima já é considerado pressão alta né, **mas só fui encaminhada pro alto risco pelo SUS com 32 semanas eu acho, lá no final. Eu pressionei e pressionei eles.** Na verdade o médico achava que eu já estava no alto risco e não tinha me encaminhado ainda. Daí numa das consultas finais **eu disse assim: ‘o Sr. não vai me encaminhar pro alto risco por causa da minha pressão?’**, porque pro final da gravidez tive um pico de pressão alta, (...) Aí quando tive esse pico de pressão pressionei ele, ‘tu não vai me encaminhar pro alto risco?’, aí pro final me encaminharam pro alto risco”.

Porém, nem sempre gestações gordas apresentam complicações. Aretha, em nossas primeiras conversas, contou que não teve nenhuma comorbidade relacionada ao peso nas suas duas gestações, mas que não era isso o esperado de seu corpo gordo gestante, e sua saúde, constatada por meio dos exames biomédicos, inclusive surpreendia os profissionais que a atendiam:

**“Era incrível a surpresa dos médicos quando viam que meus exames estavam normais e que eu não engordava nos intervalos das consultas”.**

Para Aretha, que também foi atendida pelo SUS, foi dito que não poderia engordar mais de 5 kg ao longo de toda a gravidez. Recomendaram que ela consultasse com nutricionista, o que recusou, pois até então nunca tinha passado por boas experiências com tais profissionais. Não apenas consultas médicas podem ser evitadas, mas também outros atendimentos de saúde, devido às más experiências que pessoas gordas podem vivenciar.

Ao passo que o próprio corpo gestante é tomado pelo entendimento biomédico como algo que requer intervenções, a exemplo dos altos números de cirurgias de cesáreas e episiotomias não consentidas, tratado de forma patológica e representado como exposto a riscos, da mesma forma o corpo diagnosticado



“obeso” é apresentado e compreendido como em um estado de má saúde e que deve ser “consertado”. Os relatos de Aretha, Dandara e Nina, bem como trechos retirados dos grupos de gestantes, mostram como os corpos gordos são tão fortemente patologizados e atrelados a diversos riscos e doenças compreendidos como “associados” pelo entendimento biomédico, de modo que é usual que profissionais da saúde já esperem que as pessoas por eles denominadas “obesas” apresentem tais comorbidades, podendo ficar surpresos quando notam saúde, ausência de doenças ou que não tinham tantas “falhas” quanto esperavam. Este entendimento pode chegar às pacientes gestantes como uma verdade muitas vezes inquestionável, fazendo com que se sintam doentes e tenham muitos medos.

Ao observar grupos de gestantes, notei relatos de receios diversos, pois ser um corpo gestante por si só já pode ser motivo de medo, a exemplo de como lidar com as responsabilidades, cuidar do bebê, ansiedades relacionadas ao futuro, medo do parto etc. Porém, também chamou atenção o medo na descoberta e ao longo da gestação, em decorrência desse entendimento de um corpo “doente” ou que não poderia gestar com saúde por ser gordo. No que tange às gestantes gordas, nestas discussões on-line nos grupos de grávidas, surgiram alguns receios comuns nas numerosas publicações de mulheres que descobriram recentemente a gestação e estão relatando um sentimento de medo ou tristeza, diante dos diversos riscos que lhes foram informados nas consultas médicas e serviços de saúde, bem como por outros meios, e da ideia de que um corpo gordo não seria saudável o suficiente para gestar, parir e nem sequer maternar, que gera muitas dúvidas e aflições.

“Tenho 34 anos e **meu maior sonho era ser mãe, porém era uma coisa impossível aos olhos humanos**, mas para meu Deus não era impossível !!! Engravei em novembro de 2020 pesando 173kg, sofro de obesidade há anos e estava decidida a fazer os protocolos da bariátrica, mas nada acontece se não for permissão de Deus: eu engravei !!!! Iniciei o pré natal com obesidade, asma, hipertensão (tenho hipertensão crônica desde 12 anos de idade), me lembro como se fosse hoje: **fui abrir meu pré natal, a enfermeira me olhou e disse ‘Você engravidou para morrer ?????!!!!!’ Essa frase me marcou ... Surgiu dentro de mim um medo e aquilo que era um sonho se transformou em dias de medo ...”.**

“Hj vim fazer um desabafo... meninas passei na médica agora de manhã... Passei pelo SUS mas a médica me desanimou, disse que minha tireóide está alterada, que minha glicemia está 95 e que é melhor eu tomar insulina pq está alterada... **disse que é muito provável minha gravidez não ir pra frente...**Estou de 11 + 4, meu peso é 156 e é minha terceira gestação! Não sei mais o que pensar... **Só fico triste pq ela me disse que é raríssimo**

**alguém com meu peso levar uma gravidez até o fim! 😞 Não consigo parar de chorar... Estou muito triste”.**

“(...) estava pesando na época 197 kilos, minha gravidez não foi planejada, mas, foi muito desejada. No começo da minha gestação eu consultei com um médico para ele passar as devidas orientações do que fazer; **o médico todo grosso já foi bem rude e disse que se uma pessoa como eu se engravidasse só queria morrer e também matar o bebê.** Depois dessa situação complicada fui para casa, **chorei muito e** esperei um pouco para começar a fazer meu pré-natal. No começo, **eu estava sozinha bem desanimada por mais que eu quisesse muito o meu bebê, eu estava com muito medo de vir a falecer ou até mesmo de fazer meu bebê sofrer de algum modo”.**

“Meus exames estão ótimos, mas **tenho medo por estar obesa e ter complicações no parto. Mais alguém se sente mal e se culpa por engravidar estando com obesidade?”.**

“Essa é minha primeira postagem, mas precisava falar. Estou grávida de 23 semanas; engravidei com 123kg e não engordei nada até agora, mas **estou morrendo de medo do parto, medo de não conseguir”.**

“Eu engravidei com 126 kg agora estou com 30 semanas e com 129 kg **fui pra uma médica hoje que assustou absurdamente, falou coisas absurdas que eu podia ter, saí de lá aos prantos”.**

“bom dia, meninas, descobri há quase 1 mês que estou grávida, mas **tô apavorada porque sou obesa**, peso 145.6 e agora devo estar nos 147 kgs. Alguém aqui está conseguindo emagrecer durante a gravidez? Antes de descobrir eu estava fazendo caminhadas e tentando equilibrar a alimentação já que também tenho problema com compulsão alimentar. **Tô começando a me sentir horrível 😞”.**

Algumas delas relataram se sentir tão mal por estarem gestantes em um corpo gordo considerado inapto e inadequado, que tiveram inclusive vontade de não mais se alimentar:

“Tô cm 20 semanas, estou Mttto acima do peso. Tenho asma, to cansada demais. Minha 3ª gestação. Meu médico disse se **eu passar 160kg nem consigo ganhar bebê aqui na minha cidade. Tô com uma raiva de mim sabe, de estar acima do peso**, to doida p a gravidez acabar o meu baby nascer logo. Tenho uma filha de 6 anos e do meio com 1a e 6meses, tá difícil aguentar o pique. 😞😞 **Minha vontade é até ficar sem comer, p nem engordar mais, mas não posso né.** Tem dia que a minha ansiedade ataca e só quero comer doce p piorar. Ainda nem sei o sexo do baby, **tô me sentindo mal por não estar tão animada nessa última gestação. Mas não é por não amar meu bebê e sim minha situação de estar tão gorda assim.** Só quero que acabe logo”.

“Olha eu tive duas gestação e as duas eu estava acima do peso; na primeira eu tinha 22 anos e sofri muito preconceito e me martilizava com peso

(**cheguei pensar como vc em não comer pra não engordar**); foi uma gestação horrível, sofri pra fazer cesária me culpavam pelo peso e tudo mais”.

Os ideais de maternidade englobam diversas exigências comportamentais e de saúde, inclusive a idade considerada adequada para ser mãe (Macedo, Moutian, Machado, 2021). Quando com idade considerada mais “avançada” para uma gravidez, este medo parece ser ampliado, somado à ideia de que apenas corpos jovens poderiam ter uma gestação plenamente saudável:

“Minha angústia além disso **é que estou com 38 anos, obesa com 94 kilos, 162 de altura** e passo muito mal; se fico 3 horas sem comer me tremo toda e começo a suar, fico mole as vistas escurece, sinto muito sono, durmo até no trabalho na frente do computador; faço xixi umas dez vezes na noite, não tive nada disso na outra gravidez. Enfim, **medo e ansiedade me define...** descobri muito cedo, **por eu ser gorda e mais velha e já estar sentindo tanta coisa acho q minha gravidez é de risco**; ainda não fui a um obstetra, o médico q está me acompanhado é apenas ginecologista. Estou sem norte não sei por onde começar!!! E pq não vejo o feto? Alguém passou por isso?”

Diante deste cenário de diversos riscos médicos e possíveis dificuldades que lhes são informados e buscando maneiras de lidar com este medo, as gestantes e “tentantes” proferem diversos comentários religiosos, a exemplo de que “o mais importante é a vontade de Deus”, “se Deus permitiu vai dar tudo certo”, “Deus está contigo”, “confie em Deus” etc. Estes comentários, de certa forma, se apresentam em contrariedade às indicações e informações proferidas pelos médicos e demais profissionais da saúde, como uma forma de buscar alternativas às verdades científico-biomédicas e ao que lhes é dito nos serviços de saúde:

**“Mediante a tudo que venho vivendo concluí que, pro mundo, gordo não pode nada, que gorda não tem vida sexual ativa, que gorda não deve e não pode engravidar, ter filhos é um perigo!** Aí eu me pergunto: ‘Viver é arriscado, o que nos garante que uma magra de 25 anos terá uma gravidez normal e sem complicações no parto ou com o BB?’ Ah estatisticamente os riscos são menores! **Quando é pra ser é, quando Deus determina é e pronto, nada do que a gente faça pode mudar isso.**”

“Olha eu concordo que ser gorda ajuda para termos mais chances em desenvolver algo porém **eu acho horrível esses médicos que chegam já com mil pedras na mão te julgando por isso e aquilo; poxa será que eles acham que não sabemos dos riscos pois a vida toda escutamos pessoas falando isso pra gente**; eu demorei 12 anos para engravidar pq nenhum médico queria descobrir meu problema. Engravidar pela vontade de Deus e de gêmeos e não tive pressão alta nem diabetes

**nem enjão**, meu único problema foi que com 33 semanas tive um infecção no pulmão”

“Pq sou obesa, e **devido ao mundo q vivemos um mundo preconceituosos eu tbm perdi as esperanças mas olha q lá em cima existe um Deus tão maravilhoso, um Deus do impossível... q me deu a bênção de engravidar**, mas essa felicidade durou pra mim por uns 4 dias... pq perdi... fiquei triste sim mas acredita q eu naquele momento eu só agradei a Deus a me mostrar q eu podia ser mãe, q eu podia engravidar... nossa então relaxei e esperei... **nao estava planejando mas tbm nao me prevenindo e Deus mais uma vez me honrou grávida de novo sem ao menos esperar.. nossa q surpresa e medo pelo peso q eu tenho.. medo do preconceito q iria enfrentar...medicos com más linguas... mas tive q ter uma experiência e conhecer um q foi frio comigo e com palavras gordofobicas...** mas logo troquei e apareceu um anjo na minha vida q me tranquilizou e me fez enfrentar td q daria certo..”

“Antes de engravidar pesava 147 kg, estou de 19 semanas engordei 2 kg, estou pesando 149 (...) quando fiz o teste tava lá meu positivo. **E eu sei que minha gravidez e dos planos de Deus pra minha vida e vai correr tudo bem não interessa que estou obesa, não interessa os médicos dizendo coisas negativas...**”

“**Apesar do meus 183kg iniciais, minha gravidez foi super saudável.** Perdi peso no decorrer da gestação e nos últimos tive um reganho (...). Meu menino, meu grande amor nasceu as 06:10h da manhã com 50 centímetro e pesando 4.050kg. **Provando que para Deus nada, mas nada é impossível.** Sou eternamente **grata DEUS pelo presente** que me deu. Sou ate grata ao médico que falou aquelas barbaridades, pq foi por meio dele que parei o remédio e engravidei. **Deu tudo tudo certo para a honra e gloria do Senhor!!!**”

“**Fui gestante obesa com 41 anos... Deu tudo certo... Engravidei com 132kg... Todos os dias eu entregava minha gestação nas mãos de Deus... não tive nenhuma intercorrência... nada de enjão, pressão alta, diabetes gestacional e zero inchaço.** Meu bebê nasceu com 39 semanas... Cesárea agendada. Fui dirigindo para a maternidade. O melhor período da minha vida foi o da gestação... Nem incomodo pra dormir eu tive. **Nunca foi sorte... sempre foi Deus!** Coloque tudo nas mãos Dele e creia que tudo já deu certo!”

Assim, engravidar e “sobreviver” a uma gestação denominada de alto risco em um corpo que não seria considerado apto para tanto, é, muitas vezes, tratado como um “milagre”:

“Quero dizer a todas as mães com obesidade , hipertensão etc...

Naooo desistam dos sonhos de vocês !!!

**Acredita em Deus, eu vivi o milagre de gerar e hoje minha filha está aqui;** eu estou super bem e amando cada momento mágico da maternidade !!!!

Coloque Deus na frente e ele fará tudo !!!!

**Eu venci o impossível para meu milagre viver !!!!**”

Desta forma, nos grupos de gestantes, se mostra muito presente esta relação entre a descrença dos médicos e profissionais da saúde na capacidade de gestar e parir em contrariedade à crença em algo divino que estaria no comando. Tal relação, que não é única para o caso de mulheres gordas grávidas, pode se relacionar à precariedade de um bom acesso à saúde e que faz com que as pessoas se apeguem a forças supranaturais para enfrentar as possíveis dificuldades. Fica em evidência, portanto, o medo em relação a possíveis complicações e riscos à vida da gestante e também para o feto, sendo que uma das maneiras que as grávidas encontram para lidar com isso é por meio da religião e crença na existência de uma força sobrenatural maior do que a dos médicos. Ademais disso, existe, ainda, um recorrente medo de sofrer com situações de gordofobia, violências, negligências e más práticas médicas, questões que veremos mais detalhadamente no próximo capítulo.

“tenho tanto medo; estou de 30 semanas, engravidei com 100 kg, estou com 108kg , mas tenho tanta vergonha que parece que está escrito na minha testa quando eu entro no consultório, **tenho muito medo do médico me dizer qualquer coisa**, ja estou desempregada há quase 1 ano, acabou que fiquei grávida meio a tudo que estava passando já, minha filha menor tem 14 anos eu estava no programa para fazer laqueadura só não operei por causa da pandemia, fiquei 2 meses tentando pedir a Deus que me orientasse o por quê de ter engravidado tomando remédio depois de tantos anos, **enfim para mim não foi fácil as críticas familiares se eu ouvir algo do médico eu nem sei viu**”.

“Olá meninas tudo bem? Eu estou muito preocupada com o dia de ter meu bebê, sou hipertensa e obesa; tenho **medo de como vou ser tratado por ser obesa, se vou ser criticada pelo peso** estou com 23 semanas e pesando 118 kilos fazendo de tudo pra manter, gostaria de saber se alguém aqui no grupo viveu esta situação e como reagiram; **no ultrassom morfológico fui bem criticada por isso** estou preocupada 😞 obrigada”.

Este medo pode surgir ainda antes da descoberta da gravidez, a exemplo do seguinte relato de uma “tentante” que, embora ainda não grávida, já se preocupava com o futuro, e ouviu do médico que, se engravidasse, poderia “ter todas as complicações e dar tudo errado”:

“**Eu sou uma tentante, já ouvi tdo de pior dos médicos. Um me falou q se for pensar em uma pessoa q pode ter todas as complicações e dar tdo errado sou eu** (citou meu nome). Isso é mto triste, não é pq somos obesas ou acima do peso q não podemos ser mãe. Mas **tdo isso só faz com q tenhamos mais medo (no meu caso tenho mto medo)**”.

Não é possível afirmar que toda gravidez gorda será saudável e sem

dificuldades e complicações, assim como nem toda magra é. Porém, muitas vezes, a gravidez nem sequer é planejada, o aborto é proibido na maioria dos casos no Brasil, e muitas mulheres se deparam grávidas em corpos considerados incapazes para tanto. Ao observar as formas pelas quais lidam com esse entendimento de um corpo “anormal”, surgem questionamentos acerca de como se atribui o diagnóstico de “obesidade” e este é abordado nas relações médico-paciente, pelo uso do IMC e por meio de probabilidades epidemiológicas criadas a partir de uma noção de corpo universal e magro. Assim, a gordura corporal tida como “em excesso” é relacionada a riscos, o que pode causar mais danos do que benefícios, uma vez que desta atribuição de possíveis doenças e riscos, podem resultar sofrimentos às gestantes, desconsiderando-se que a própria gravidez já pode gerar um maior estado de vulnerabilidade, preocupações, medos e incertezas. Embora seja este o entendimento biomédico prevalente, pude observar que corpos gordos também podem ser capazes de gestar e parir, inclusive com saúde e sem apresentar comorbidades ou complicações.

## 2.4 Gorda pode parir?

E na hora do parto, como essas corporalidades que podem ser compreendidas como incapazes de engravidar, gestar e parir são tratadas? Nos grupos de gestantes, surgiram muitas dúvidas sobre partos em corpos gordos, relacionadas tanto a parto normal quanto a cesariana. A grande maioria dos relatos de parto com os quais me deparei, contudo, foram de cirurgias cesarianas. Assim, pude observar que a maioria das gestantes gordas passa por cirurgias, embora tal técnica aumente os riscos de complicações no pós-parto. Uma dúvida comum a tais gestantes é sobre a possibilidade de fazer parto normal diante dos riscos informados e relacionados à gestação em corpo gordo:

“gostaria de saber se **alguma obesa aqui do grupo** que fez acompanhamento de alto risco, que esperava fazer cesárea, e **o bebê nasceu de parto natural? Como foi? contem experiências por favor**”.

“Meninas **alguma de vcs obesa acima de 130 kilos, hipertensa e com problemas de ansiedade, que conseguiu parto normal? Me contem**”.

“Hoje foi minha primeira consulta a médica foi muito grossa me chamou de gorda, minha pressão deu 14 no de pulso depois 15 naquele que eles colocam que apertam o braço daí a mulher da triagem colocou que deu 14 a

médica disse que não tá alta que tá controlada; achei muito estranho porque pra mim normal é 12.8 e eu estou tomando o remédio da pressão. Ela não mudou a quantidade falou que posso tá tomando o mesmo remédio; **falei sobre o parto, se tinha possibilidade de ter normal, ela falou que sim que só fazem Cesária em último caso e ainda falou em tom de deboche; falei doutora não tem perigo aumentar a pressão Por conta da dor ela disse que não...**”.

Por outro lado, encontrei diversos relatos de gestantes gordas que conseguiram fazer parto normal, embora não seja esta a norma, pois as cirurgias cesarianas parecem muito mais comuns:

**”Eu tive normal, pesava 126 kilos,** foi uma benção, tive pressão alta, prenatal de alto risco, mas no dia do parto a pressão estava 12x8, foi benção do Senhor”

**”Eu tive parto normal ❤️ quando ele nasceu eu estava com 138,5 kg foi tudo tranquilo;** dói sim mas tbm não é tudo isso que falam não; trabalhar o psicológico ajuda muito e eu fui me preparando desde o início da gestação pois sempre sonhei com o parto normal; fui mentalizando que a dor seria grande e, quando chegou o dia, ela não me surpreendeu pq eu já sabia; se um dia tiver outro filho, quero normal novamente 🍀🍀”

**”Tive parto natural pesando 132 kg. Parto lindo, tranquilo e rápido!”**

**”Eu tive dois normais,** senti dor sim mas depois do meu parto ja no quarto ajudei uma mãezinha que teve Cesária q estava sofrendo muito. Sim realmente tem gente que não sente nada na cesaria como as que sofrem muito no pós operatório. Minha irmã odiou, sofreu horrores na cesaria. A prima do meu marido acabou de ter um parto normal e, detalhe, ela nao sentiu dor alguma só foi para o hospital pq a Dra identificou as contrações e disse que a nene ja estava nascendo. Então depende o organismo. Eu quero Normal”.

**”Eu tive, obesa, hipertensa, diabetes gestacional e um parto lindoooooooo”.**

**”Já tive normal e Cesária. Prefiro mil vezes normal,** estou na terceira gestação 🍀🍀”.

**”Me preparei pra ter normal com esses documentários, foi incrível, não sei nem externar em palavras, e se tiver outro quero ter em casa, engravidei com 94 tive com 110kg”.**

Os seguintes trechos do relato de parto de uma mulher que teve parto normal pelo SUS com 190 kg mostra que é possível parir de forma “saudável” ainda que com o peso corporal elevado, embora um dos médicos tenha atrasado a administração dos medicamentos para a indução, o que foi uma forma de violência:

“minha gestação foi bem tranquila, porém como eu sou bem acima do peso, desde o começo tive um cuidado redobrado com tudo. **Eu sou obesa grau III, estava pesando na época 197 kilos**, minha gravidez não foi planejada, mas, foi muito desejada ❤️ (...) Depois que eu comecei os acompanhamentos com a doula, eu comecei a fazer direitinho meu pré-natal e me dedicar mais para a minha gestação (...) **Foi quase dois meses de acompanhamento adequado com uma médica que me ajudou a realizar o sonho de ter o parto normal.**

O meu parto ele foi bem tranquilo; **eu fiquei internada 15 dias antes no hospital pois eu queria parto normal e os médicos decidiram fazer um plano de parto junto comigo para que desse tudo certo, fiz exames, fiz acompanhamento com fisioterapia, quando deu os 13 dias decidimos começar indução** pois eu já estava com 39 semanas e não poderia passar mais do que isso pois estava com diabetes gestacional, após três dias mais uma ultrassom foi feita e o percentil do bebê estava adequado para fazer o parto normal, com isso começaram a indução do parto que foram três dias de indução.

A minha indução foi um pouco diferenciada **foram colocados dois comprimidos a cada 4 horas, no primeiro dia a indução começou às 18 horas colocaram dois comprimidos, quando chegou às 22 horas que deveria colocar mais dois comprimidos o médico do plantão se recusou a colocar, pois ele não queria que eu tivesse parto no plantão dele, e se fosse para ter algum tipo de parto seria cesária e não parto normal.** Então voltou somente para colocar mais dois comprimidos às 6 horas da manhã do outro dia e assim seguir o dia colocando de quatro em quatro horas até às 18 horas novamente no segundo dia, um segundo dia começou a sair o meu tampão que até então não tinha saído fazia com que não tivesse nem sinal de parto.

Passei o dia tendo as contrações de treinamento leve e com tampão saindo quando chegou à noite começou a sair tampão com sangue eu não continuei tomando os comprimidos e fui dormir, quando deu 4 horas da manhã minha bolsa rompeu só que eu não senti contração quando deu umas 7 horas da manhã do terceiro dia, comecei a sentir contrações mais leves. Os médicos fizeram toque, e eu estava com 4 centímetros de dilatação, então os médicos decidiram me colocar o bendito soro das contrações, eu comecei sentir um pouco mais de contração e já pedi anestesia, eles me deram a peridural (anestesia na lombar) e automaticamente parei de sentir dor graças a Deus!

Posso dizer que passei a minha dilatação toda dormindo pois eu não sentia dor só sentia as minhas pernas tremerem e uma vontade enorme de empurrar, passaram-se algumas horas o médico veio fazer o toque eu já estava com 8 centímetros de dilatação, passou mais alguns instantes o médico voltou estava com nove centímetros de dilatação foi aí que a dor começou a voltar quando eu tomei anestesia era mais ou menos umas 10 horas da manhã quando a dor começou a passar mais ou menos 16:30 para as 17 horas, foi então que eu comecei a sentir dor um pouco mais forte e aí já estava uns 10 centímetros, o médico pediu para segurar uma bola nas pernas enquanto ele ia conversar com a equipe sobre o meu parto.



Meu quarto foi acompanhado por vários estagiários e também meu bebê foi totalmente acompanhado com ultrassom durante o parto todo. Quando eu falei que o neném já estava saindo eles, tiraram a bola e **me colocaram na posição que eu desejava para ter meu parto, empurrei o meu neném com tanta força que ele caiu em cima da cama**, nesse caso acabou me rasgando um pouquinho pois deveria primeiro sair a cabeça para o canal vaginal ir se acostumando com corpo do neném passando.

Deixaram o meu neném no meu colo por um tempo depois cortaram o cordão umbilical, tiraram a minha placenta e foi a parte mais difícil para mim, porque tiveram que colocar a mão dentro de mim para tirar a placenta foi a parte mais dolorida. Eu queria comer pois estava já há três dias sem comer por conta da anestesia que poderia ser usada e talvez se houvesse complicações seria parto cesariana, que graças à Deus não foi necessário.

**Meu bebê nasceu com 51 centímetros e 3 quilos e 600 gramas com 39 semanas de gestação tudo absolutamente normal.** Durante o trabalho de parto foi feita um ultrassom e constava que meu bebê estava com 4 quilos, mas que mesmo assim daria tudo certo. E graças à Deus ele proporcionou que esse sonho pudesse se tornar realidade”.

O longo relato acima demonstra que houve uma preparação para o parto, que envolveu contratação de doula, acompanhamento médico frequente no pré-natal, formulação de plano de parto, fisioterapia e internação 15 dias antes para preparar o corpo para parir, com atuação conjunta de uma equipe de profissionais de diferentes áreas. O parto normal é referido como um “sonho” pela gestante que tinha mais de 190 kg. Ainda assim, relata uma situação grave de violência obstétrica, embora possivelmente ela não tenha percebido dessa forma, quando um dos médicos não quis que ela parisse durante seu plantão, pois ele preferia realizar cirurgia cesariana, e decidiu por diminuir a frequência de administração dos medicamentos na já iniciada indução do parto, atrasando o processo, que durou três dias.

Dandara, por sua vez, ainda que com informações incompletas sobre o parto, trouxe em seus primeiros relatos diversas das violências e más práticas médicas às quais foi submetida. Não perguntei mais sobre o assunto porque ela mesma mencionou que ela e seu marido tentaram “enterrar” as lembranças desses dias, e entendo que não seria adequado fazer com que revivesse os traumas. Porém, quando conversamos presencialmente (como vimos no primeiro capítulo, item 1.2), Dandara lembrou as partes que mais a traumatizaram: foi preparada para fazer cesariana e não teve seu plano de parto e desejo acatados, um médico a mandou ficar em pé e falou que “quadril largo passa gêmeos”, foi dopada com medicações que desconhece e teve surtos de choro e de raiva por dias, não foi permitido que seu marido a acompanhasse por grande parte do período de tentativa de indução do

parto, e teve medo de ser cortada com um bisturi e de sofrer uma episiotomia sem consentimento, ademais dos comentários da equipe médica de que ela não sobreviveria a uma cesárea, o que acabou ocorrendo após mais de 4 dias de sofrimento, pois iniciou a indução no dia 12 e acabou por fazer cirurgia cesariana no dia 16.

Conforme a Caderneta da Gestante (Brasil, 2023, p. 36), a orientação é de que desde as primeiras consultas do pré-natal seja conversado junto à equipe da Unidade Básica de Saúde “sobre como vai ser o seu cuidado ao chegar na maternidade, como é o acompanhamento do trabalho de parto, que possibilidades existem, quais os métodos que você pode solicitar para alívio da dor e em quais situações o seu acompanhante pode ajudar”, sendo que “na ausência de indicações maternas e/ou fetais para a realização de uma cirurgia cesariana, o SUS preconiza a assistência ao parto vaginal seguro, de qualidade e humanizado como orientação de rotina às gestantes”. Porém, no caso de Dandara, o que foi dito sobre o parto é que ela não conseguiria parir de forma natural, por “não ter passagem”, e portanto precisaria fazer a cesariana. Dandara contou que optou pela cesariana porque tinha muito medo de sentir dor, além do fato da médica que a acompanhou nos atendimentos de alto risco no SUS ter dito que ela “não teria passagem”, já a fazendo acreditar que um parto normal seria inviável:

**“No meu caso, o canal vaginal era muito estreito e não passava o nenê de forma alguma, nem com toda a dilatação do mundo, nem com o deslocamento da bacia passaria o bebê. Aí isso já tinha sido visto por ela e já tinha sido colocado no portfólio, e por minha escolha e do meu marido porque a gente tem muito medo de dor, eu não consigo sentir muita dor, tanto que aconteceu um acidente comigo nesse instante aqui em casa e ele já tá vindo porque foi sinistro aqui em casa... A gente não gosta de sentir dor de forma alguma, de corte nem de nada. Aí já que era preciso fazer alguma coisa pro bebê nascer, que seja da forma mais confortável pra gente”.**

Em relação às dores do parto, consta na Caderneta (Brasil, 2023, p. 35) que a dor do parto vaginal “pode variar de intensidade de mulher para mulher e se tornar maior se a mulher estiver tensa ou com medo”. Dandara sentiu muita dor pela indução e estava apavorada, pois, além de todos os riscos que já tinham sido informados, havia se preparado para cirurgia e foi obrigada a tentar induzir o parto vaginal, o que já estava certa de que não conseguiria, pois foi o que sua médica havia informado. Ficou muito tensa e nervosa, teve crises de choro e recebeu altas doses de medicamentos que a deixaram ainda mais “fora do ar”. No caso, durante a

tentativa de indução do parto natural, que ocorreu contra sua vontade, foi dito que Dandara morreria se tentasse realizar cesariana: “E o tempo todo eles metendo medo no meu marido dizendo que por eu ser obesa e hipertensa, eu iria morrer na mesa de cirurgia”. No entanto, os diversos riscos associados ao seu parto no corpo gordo e hipertenso não se confirmaram, pois a cesárea acabou por ser realizada. Por outro lado, diante dessa informação de “riscos”, a vida de Dandara e de seu bebê acabaram por ser colocadas em risco, ao adotar a prática de indução medicamentosa e administração de outros remédios que a deixaram muito nervosa (sendo que já tinha pressão alta e ansiedade), que fizeram com que se alterasse emocionalmente e atrasaram o nascimento de seu bebê, que acabou sendo uma cesariana emergencial feita com técnica que, posteriormente, informaram a ela que foi incorreta para seu corpo, motivo pelo qual teve ceroma e demorou muitos meses para cicatrizar e se recuperar.

Nina, de forma similar a Dandara, também não quis falar muito do parto. Nas nossas primeiras mensagens, se apresentou brevemente e já deu a entender que não gostaria de abordar esse assunto:

“Tenho um pouco de **bloqueio em falar sobre o parto**, porque me preparei a gestação inteira para um parto normal, mas no dia acabei pedindo cesárea, depois de um dia de indução, estava exausta e com dor kkkk”.

Suas primeiras consultas de pré-natal foram com uma médica particular que atende seu plano de saúde. Nina disse que ela foi gordofóbica, ao tratar seu peso como um risco para tudo, fazer diversos comentários preconceituosos e inclusive referir que, por ser gorda e ter a pressão um pouco elevada, o parto normal seria totalmente inviável. Foi devido a essas atitudes e ações preconceituosas da médica que Nina decidiu por buscar outro profissional e acabou por escolher o SUS.

“e ela falou ‘**essa tua pressão é por causa do teu sobrepeso e tudo**’, e muitas dessas coisas não lembro, quis meio que apagar da minha memória, ela foi bem punk assim, **e já disse pra descartar parto normal porque com essa pressão não dá pra fazer parto normal e com esse tanto de gordura também**. Aí ela deu remédio pra pressão, começou que eu tinha que cortar isso, cortar aquilo, mas eu continuava não comendo ainda, tava muito enjoada, sabe. Não sei te dizer muito bem e lembrar precisamente tudo, sei que **eu cheguei no carro assim e comecei a chorar muito**, e meu marido “que que foi? Que que aconteceu?” e eu ‘nada, só quero ir pra casa’; **fui pra minha mãe e chorei chorei muito lá, daí fiquei meio sem saber o que fazer**, isso fui numa quarta, eu acho. **Depois disso resolvi começar meu pré-natal pelo SUS** porque os outros médicos que tinha pelo meu convênio não tem histórico muito bom, tudo cesarista”.

Nina estudou muito e inclusive contratou uma doula. Contou que decidiu por

buscar os serviços do SUS porque assim teria dinheiro para pagar a doula, além de que sabia que os médicos particulares de sua cidade eram “todos cesaristas”, ademais do fato de que a médica que a atendia já havia sido “muito gordofóbica” e dito que parto normal seria inviável devido ao seu peso (o peso máximo que Nina atingiu na gestação foi 124 kg). No SUS, disse que gostou muito do atendimento que recebeu, teve acatado seu desejo de realizar parto normal e, ao lado disso, mencionou a importância do auxílio que obteve da doula na sua preparação para o parto, ao lado da sua própria dedicação para estudar:

“o médico do SUS é bom e tudo, mas **muitas das coisas que eu levava pra gente debater é porque eu ia atrás, a doula também me ajudou muito** nisso”.

Nina contou que o médico do “postinho” que a acompanhou ao longo de quase toda a gestação não tinha sugerido a indução, e provavelmente teria esperado o parto natural, pois foi a médica do atendimento de alto risco que fez a carta de indução e recomendou tal prática:

“como te disse por já ficar estudando e tal eu já sabia que quem tinha pressão alta não podia ficar além das 41 semanas, porque trazia muito mais riscos. Aí quando fui pro alto risco, a médica do alto risco disse que não, eu lembro direitinho assim, foi na segunda-feira a última consulta com ela – **só tive 2 consultas no alto risco**, como te falei, **foi muito em cima da hora, daí nessa última, ela disse que eu tinha que esperar até a outra segunda pra entrar em trabalho de parto**, ‘caso tu não entre, na terça dia 8 de fevereiro tu já se dirige ao teu hospital’ com essa carta já de encaminhamento pra induzir teu parto’. E aí foi, **não entrei em trabalho de parto, fui até terça feira meio dia tentado, fiz shake de tudo quanto é coisa pra tentar induzir naturalmente, mas não rolou, daí acabei indo induzir**”.

Assim, embora desejasse o parto normal, Nina, assim como Dandara, também recebeu indicação médica para interromper a gestação ao completar 39 semanas, pois teve picos de pressão alta. Relata que “tentou de tudo” para induzir o parto naturalmente, mas não conseguiu, e por fim a indução não ocorreu como esperava. Posteriormente, em uma de nossas conversas, mencionou:

“Acabei não tendo parto normal porque induzi por um tempo, **fiquei 1 dia induzindo por causa da pressão alta, tive que induzir com 39 semanas, e fiquei quase 4 horas em trabalho de parto ativo e não tava aguentando e aí acabei pedindo cesárea**. Isso é uma coisa que me machuca muito assim, enfim.. mas agora entendo que era pra ser assim, né. É difícil, mas a gente consegue. Um dia, talvez, né”.

Apesar de querer realizar o parto normal e de ter se preparado para tanto, Nina se sentiu muito triste por não ter conseguido suportar as dores da indução e, após um dia tentando induzir, ter pedido por cesariana. No caso, seu pedido foi acatado, diferentemente de Dandara, que precisou esperar 4 dias para ser levada à cesariana que desejava e tinha se planejado para realizar desde o início. Dandara também contou que a ideia de interromper a gestação na 39ª semana partiu de sua médica e foi devido “aos riscos”:

“Partiu dela na verdade, porque **a gente tinha um plano de parto e partiu dela as 39 semanas por causa dos riscos que ela já tinha mencionado.** Eu tive pré-eclâmpsia, então era importante que quando eu entrasse no 9º mês eu já estivesse sendo amparada por uma equipe médica e naquele dia fosse possível que já fizesse o parto, então tava tudo atado”.

Deparei-me com outros casos de indução do parto até a 39ª semana nos quais foram relatadas dificuldades para lidar com as dores, que podem ser mais fortes desde o início, em comparação com as dores do parto normal não induzido. A aplicação de soro com ocitocina é a prática usualmente utilizada nos SUS para induzir o parto nas gestações classificadas como de alto risco, e pode tornar mais incômodas as contrações (Brasil, 2023). Isso pode ser uma das causas para o alto número de cirurgias cesarianas nas gestantes gordas, que, por serem levadas ao alto risco e em decorrência de comorbidades associadas, usualmente têm o parto induzido na 39ª semana da gravidez, ou antes, a exemplo do relato a seguir:

“Sou obesa e desenvolvi diabetes gestacional e tive que fazer controle da pressão pois a minha sempre foi normal e vivia 14x9 e eu me sentia muito mal, **fui encaminhada para acompanhamento de alto risco com 35 semanas, a médica me indicou para indução com 38 semanas, fui para indução e lá fiquei três dias sem dilatar nenhum cm e no quarto dia desistiram e fizeram cesária**”.

Tendo em vista as maneiras pelas quais os eventos “gravidez” e “parto” se coadunam com a existência em um corpo gordo, considerando os entendimentos intervencionistas e de “conserto” biomédico em todas essas condições, parece que são priorizadas as cirurgias cesarianas, embora na maioria dos casos possa não ser a melhor opção para a parturiente. Os relatos mostram recorrentes dúvidas sobre a possibilidade de parto vaginal em pessoas gordas, sobretudo quando presentes outras condições que fazem a gravidez ser considerada “de risco”. Nina, por exemplo, ouviu de sua primeira médica que devido ao corpo gordo não poderia ter parto natural “de jeito nenhum”, mas seu médico do SUS disse que todo mundo

pode parir. Por conseguinte, a partir da minha amostra, a maioria das gestantes gordas realiza cesariana, seja por indicação médica ou vontade própria, e neste caso podem estar em questão os medos e ansiedades que lhes são transmitidos nesta relação com os entendimentos biomédicos, buscando-se uma forma de terminar o quanto antes com a existência nesse corpo tido como incorreto, em riscos e incapacitado de existir. Porém, os riscos no caso de cesariana são, de fato, aumentados, a exemplo da maior possibilidade de se contrair infecção no pós-parto, o que não se relaciona com o peso, mas com o fato de se tratar de uma cirurgia.

O caso de Dandara aparenta escolhas médicas inadequadas, descaso com a parturiente e despreparo profissional, por ter sido realizada a cirurgia com a técnica horizontal, e posteriormente terem informado que a técnica era incorreta para seu corpo, e que acarretou em consequências que poderiam ter sido evitadas com a utilização de outro método mais adequado para corpos gordos. Não obstante, sofreu diversas situações de violência obstétrica durante o parto, pois não teve seu plano de parto e desejo acatados, embora a médica do pré-natal e a plantonista que a recebeu no hospital tenham a encaminhado para cesariana, foi obrigada a induzir o parto por 4 dias, com muitas dores, medos e recebendo doses altas de calmantes (que até hoje não sabe informar qual medicamento era), não pôde estar acompanhada por seu companheiro durante todo o período, ouviu que iria morrer se realizasse cirurgia cesariana etc. Ademais, Dandara é um exemplo de mulher que tentou buscar um local para fazer o parto de forma “humanizada”, mas teve o atendimento negado sob o argumento de riscos e comorbidades atreladas à sua gestação, o que pode indicar que esses riscos associados ao diagnóstico de obesidade também podem aumentar os números de cirurgias cesarianas e dificultar o acesso a partos “humanizados”. Chama atenção, ainda, o “risco” atribuído à gestação como critério para induzir o parto com administração de soro com ocitocina, o que, em muitos casos, pode gerar dores mais fortes e também levar à realização de cirurgia cesariana, ao lado do medo ampliado do parto em um corpo que pode ser compreendido como incapaz de engravidar, gestar e parir. Alguns relatos indicaram, também, que os riscos associados ao diagnóstico de “obesidade”, ao lado da culpabilização por tais condições em um corpo gestante, podem servir como um pretexto para retirar a autonomia das parturientes, tal como ocorreu com Dandara.

### 3. O QUE SIGNIFICA SER UMA PESSOA GORDA?

Ao longo da história, temos desmontado o direito divino dos reis, a supremacia branca europeia, o poder religioso, o domínio capitalista e a hegemonia masculina. Estou convencida de que também conseguiremos tratar de desarticular os direitos dos corpos normais construídos a partir de parâmetros cientificistas; questionar seus índices de massa corporal, seus medicamentos e procedimentos invasivos. Certamente saberemos como desarticular todos os mecanismos de coerção impostos socioculturalmente aos nossos corpos gordos. Inexoravelmente, poderemos resgatar toda a poesia desmedida de nossas carnes gordas e trêmulas. A gordura só pode ser abundância. Vejo na gordura um poder de mudar o mundo, ela construiu o meu e o está redesenhando. Tornar-se gorda não significa incentivar estratégias excêntricas que alimentem o sistema de forma produtiva, mas sim tecer de forma criativa uma coerência e um suporte para andar com mais liberdade e alegria pela vida. (ARANDA DELGADO, 2021, p. 245, tradução própria<sup>22</sup>).

#### 3.1 Identidades gordas

Busquei por interlocutoras que se autodenominam pessoas gordas. Trago, a seguir, relatos das interlocutoras com quem mais conversei (Dandara e Nina) para discorrer sobre esse entendimento e noção de corpo em questão. Questionada sobre o que significa para ela se entender desta forma e como foi esse processo, Dandara respondeu que sempre foi “obesa”, que desde a infância teve um corpo muito maior do que o das outras crianças e “a aceitação foi terrível”. Indicou, assim, que não se opõe totalmente aos enquadramentos biomédicos, ao referir que é “obesa”, tomando este diagnóstico como uma característica sua e que a acompanhou ao longo da vida. No entanto, referiu que quando mais jovem foi muito afetada por este diagnóstico médico, principalmente quando ele veio à tona. Relatou que, embora sempre tenha sido uma criança grande, a partir dos 11 ou 12 anos, foi ficando “um pouco maior”. Então lhe foi dito que era “obesa”, o que a afetou profundamente e a levou ao consumo de medicamentos e prática de dietas restritivas em busca de adequação e de um ideal de “normalidade”:

“E aí veio o diagnóstico de obesidade, minha família não aceitava ter uma pessoa gorda, apesar da família do meu pai ser toda obesa o meu pai não

<sup>22</sup> No original: “A lo largo de la historia, hemos venido desmontado el derecho divino de los reyes, la supremacía blanca europea, el poder religioso, el predominio capitalista, la hegemonía masculina. Estoy convencida que también conseguiremos dirigirnos a desarmar los derechos de los cuerpos normales construidos desde parámetros cientificistas; a poner en tela de juicio sus índices de masa corporal, sus medicamentos y procedimientos invasivos. Seguramente sabremos desajustar todos los mecanismos de coerción impuestos socioculturalmente a nuestros cuerpos gordos. Inexorablemente podemos rescatar toda la poesía desmesurada de nuestras carnes trémulas de grasa. La gordura no puede ser sino abundancia. Advierto en la gordura una potencia para cambiar el mundo, construyó el mío y lo está rediseñando. Devenir gorda no va de alentar estrategias excéntricas que alimenten productivamente al sistema, es sobre tejer creativamente una coherencia y soporte para andar más libres y alegres por la vida”. (ARANDA DELGADO, 2021, p. 245).

é, nem a família da minha mãe não tem ninguém. Começaram os tratamentos pra emagrecer. **Tomei remédio** (não por minha conta, né), mas **eu queria me encaixar, eu queria ficar bem com outras pessoas, ser uma adolescente normal. E aí dietas que não me faziam bem, aquelas dietas doentias**, enfim”.

Contou, ainda, que nesse período em que começou a tentar emagrecer, com aproximadamente 12 anos, estava começando a querer “namorar”, mas notou o peso e sua aparência como fatores que dificultavam que se aproximasse de seus “amores platônicos”, e que podia ensejar discriminações.

“Dói falar porque as meninas nessa idade já estão querendo namorar e tal, tinha meus amores platônicos, toda menina tem, e eu lembro que tinha um menino, hoje ele continua feio, mas é uma pessoa do bem, ele se esforçava dizendo que eu era feia o suficiente pra namorar com ele”.

Porém, relatou Dandara que é muito bem resolvida em relação ao seu peso, pois acredita que o importante é ter saúde e se sentir bem com seu próprio corpo, o que, conforme seu entendimento, é plenamente possível também em corpos maiores:

**“Não importa o seu peso**, se você é gorda ou magra, **contanto que você tenha saúde**, isso é o principal pra mim”.

Quando nos encontramos presencialmente, questionei Dandara sobre o que significava para ela ter saúde, e respondeu que a saúde envolve ausência de doenças, qualidade de vida e saúde mental:

“Ser saudável é não ter problema de saúde. É ter uma qualidade de vida, é você não se sentir tão inferior ao olhar outra pessoa. Saúde, quando eu falo, a saúde começa aqui (apontando pra cabeça) e termina com o restante do corpo. Começa na sua mente, começa trabalhando a sua cabeça”.

Desta forma, entende saúde como “não ter problemas de saúde”, como ausência de doenças. Nota-se aqui a contradição entre receber um diagnóstico de “obesa” pela biomedicina com o qual se convive ao longo da vida, mas ao mesmo tempo a compreensão de que é possível ter saúde com ele, e, sendo saúde a ausência de doenças, seria como um diagnóstico de algo que não é realmente uma doença. Por outro lado, ela mesma se identificou como “obesa” em outro momento, o que pode indicar as contradições na sua própria concepção de corpo e saúde.

Contudo, embora se identifique como uma pessoa gorda e capaz de ser saudável e feliz com seu corpo, ainda assim Dandara não nega que existe uma vontade de emagrecer, aliada a um sentimento de culpa pelo peso. Disse que nos



últimos anos ela e seu companheiro engordaram mais, o que resultou na perda de roupas e dificuldades no trabalho, bem como em culpa relacionada a uma ideia de falência individual pelo peso atingido.

“E como nós dois sofremos de ansiedade, por mais que a gente tome remédio, faça terapia e tal, não tá dando certo. **E aí vem aquele peso na consciência que a gente tá falhando, que a gente é uma pessoa falha...**”

Desta forma, relata um “dilema muito grande”, pois apesar de ter atingido determinado nível de bem-estar com seu corpo que sempre foi grande, ainda assim existe uma busca por modificá-lo e emagrecer, e inclusive este sentimento de culpa. Quando nos encontramos pessoalmente, em novembro de 2022, contou que estava planejando se submeter a cirurgia bariátrica, mas não tinha certeza se faria, pois estava suspeitando de uma nova gravidez. Por fim a suspeita de nova gestação se confirmou, mas era uma gravidez ectópica e foi realizado o procedimento necessário para interrompê-la. Posteriormente, em junho de 2023, conversamos novamente sobre isso e ela informou que havia desistido da bariátrica, porque, se fizesse, seria por um projeto do posto de saúde do qual participava, mas lá foi constatado que ela estava conseguindo se alimentar de forma adequada e seus exames estavam com bons resultados em comparação a outros pacientes que estavam em avaliação para a cirurgia, motivo pelo qual foi descartada da lista de possíveis pacientes. No entanto, disse que, mesmo assim, continua procurando “qualidade de vida”.

“No momento, a bariátrica está em quinto plano. Até porque eu repensei a recuperação, o psicológico da gente que também não fica tão bacana... tem que repensar bastante. Eu tenho uma criança especial, tô tentando não entrar em depressão, esse tipo de coisa, **e eu fico pensando que não seria propício o momento pra fazer uma bariátrica ou cirurgia invasiva como seria essa que eu iria fazer**”.

E nessa busca por “qualidade de vida”, mencionou seus problemas familiares, as exigências que tem para os cuidados de seu filho que provavelmente é autista, a perda da gestação, que foi diagnosticada ectópica, no final de 2022, dentre outras questões que dificultam que adote mais hábitos tidos como “saudáveis”. Assim, relatou que com a maternidade “parou de se cuidar” e “se anulou como mulher”, mas disse que conseguiu voltar a fazer atividade física, o que já foi um grande avanço para ela diante das exigências do dia a dia, embora não tenha conseguido voltar a dançar, que é sua atividade favorita. Disse, portanto, que estava em processo de emagrecimento e, embora não estivesse conseguindo emagrecer, seguia na busca

por “qualidade de vida”, o que exemplificou pela prática de exercícios físicos.

No entanto, segundo Dandara, emagrecer não significa atingir um determinado peso considerado “ideal”, mas sim o que ela considera e experiencia como adequado para sua vida, saúde e bem-estar. Questionei sobre essa vontade de emagrecer, e ela respondeu que “é sobre se manter num peso em que você não se sinta tão desconfortável”, e não necessariamente um peso “ideal” em termos biomédicos. Isso vai de encontro aos estereótipos de que todas as pessoas gordas não se cuidam, são acomodadas etc, pois conforme demonstra Dandara, existe uma preocupação primordial com o que considera saúde, sendo esta sua prioridade:

“Se eu sei que eu tenho um corpo gordo, eu sei os problemas que ele pode me trazer, automaticamente eu vou procurar fazer com que isso não apareça. Por exemplo, eu adoro comer chocolate, mas eu sei que se eu comer demais isso pode fazer, já como eu tenho pré-disposição a diabetes, isso pode acelerar, então dou uma segurada”.

Ainda, menciona que já realizou práticas de “dietas doentias” e outras formas nada saudáveis de buscar emagrecimento, sendo mais saudável permanecer em um corpo gordo do que aderir a tais práticas para modificar a gordura corporal. Tal relato também questiona a ideia da existência de um único peso como o “ideal” e saudável, de acordo com as tabelas do IMC, bem como faz questionar o diagnóstico de “obesidade” que lhe é atribuído, pois, embora sempre tenha sido denominada doente pelos profissionais da saúde, relatou ser saudável e possuir os exames biomédicos dentro da normalidade. Manifestou, ainda, que por já ter sofrido muitas situações constrangedoras em consultas médicas, desde muito antes da gestação, evitava realizar atendimentos médicos e “se cuidar”, o que mudou com a maternidade, pois ter sido mãe a motivou a buscar se manter saudável, apesar das dificuldades que já enfrentou devido a discriminações em consultas médicas:

“Aline, eu sou uma dessas mulheres que ficou com medo de se cuidar. Na verdade **só comecei a me cuidar de verdade depois da gestação**. Porque eu sabia que se alguma hora minha saúde falhasse, quem ia ficar com meu filho? Aí só por esse motivo mesmo que comecei a me cuidar. **Porque antes mesmo do bebê nascer, eu só ia ao ginecologista nos períodos em que é pra ir, mas ainda com o pé atrás, né**”.

Nina, que também se identifica como uma pessoa gorda, relatou algumas questões similares às de Dandara, embora cada uma esteja diante de contextos e formas de opressão diferentes, sendo cada experiência gorda única. Contou que sempre foi “acima do peso”, mas demorou para se enxergar como uma pessoa

gorda. Por muito tempo não aceitou ser chamada assim, e disse que essa aceitação decorreu de “um processo muito longo e doloroso demais”, principalmente na adolescência, pois chegou a ser magra em determinado período, em que frequentava 3 academias diferentes e se submetia a dietas, e ainda assim se considerava “gorda e inadequada”.

**“Mas foi um processo muito longo e doloroso demais pra chegar nessa aceitação.** Principalmente na adolescência. Fui magra por um tempo. Fazia 3 academias diferentes e ainda me achava gorda. Depois disso, acabei entrando em uma depressão, que logo mais descobri uma bipolaridade, então descontava tudo na comida e engordei bastante. **Foi a partir desse momento que eu comecei a entender melhor o meu corpo e me aceitar como pessoa gorda mesmo”.**

Como refere Aranda Delgado (2021, p. 241), tornar-se gorda requer desobediência, acreditar no corpo gordo como possível para o amor, a beleza, o orgulho, a aceitação, o gozo, a inteligência... Envolve muitas camadas de preconceitos assumidos sobre nossos corpos, sendo urgente identificar os padrões de normalidade e opressão e enfrentá-los com coragem no dia a dia, para existir sem vergonha, deixando a palavra “gorda” de ser um insulto. Sobre este processo de aceitação e identificação, contou Nina:

“Primeiro, eu achava uma ofensa quando me chamavam de gorda, morria chorando, era horrível. **Mas hoje em dia, sei que é uma característica minha e não tem o pq de esconder isso.** Faz uns 3 anos que eu realmente comecei a me aceitar melhor, **não vou dizer 100% pq ainda estou nesse processo. Mas já consigo me olhar com um pouco mais de amor e não tanto ódio.** Consequentemente, fico mais tranquila quando digo que sou gorda e até digo para as pessoas me chamarem assim, e não de “fofinha”.

Ambas trazem relatos no sentido de que seus corpos são naturalmente gordos, foram assim por quase toda a vida, sendo necessárias intervenções muito severas para modificá-los, e que tentaram por muito tempo, até desenvolver uma nova forma de entender suas corporalidades, que envolve um olhar crítico sobre os padrões de beleza e saúde. Algumas ativistas e pesquisadoras referem que existe um processo de “sair do armário” enquanto pessoa gorda, de forma similar ao que pode ocorrer com algumas pessoas LGBTQIAP+, em que se deixa de lado o mito de que existiria uma pessoa magra aprisionada dentro de um corpo gordo, passando-se a se compreender enquanto pessoa gorda e adotar tal identidade (Mitchell, 2005). No caso, o processo de “saída do armário” de Dandara e Nina ocorreu ao longo de

anos e de forma não linear. Ambas mencionam que já se submeteram a dietas e tratamentos diversos, mas isso veio acompanhado de hábitos que são compreendidos como “não saudáveis”, a exemplo de treinos excessivos e “dietas malucas”, trazendo a ideia de que viver em um corpo gordo pode ser melhor e mais saudável do que passar a vida tentando emagrecer e sofrendo com técnicas exaustivas e que não apresentam resultados duradouros. Porém, esta aceitação não é total o tempo todo, pois podem experimentar sentimentos de culpa, vontade de modificar o corpo, e “ódio”, nas palavras de Nina, ao se viver em um corpo gordo e feminino tomado por discursos que o tornam inadequado.

Ao explorar como tais entendimentos se apresentam ao longo da gestação, inicialmente, observei que são raríssimas as representações de corpos gordos grandes e gestantes. Assim como o corpo normativo é magro e branco, o imaginário em relação ao corpo grávido também é. Isto surgiu ao buscar por imagens de gestantes e obter como resultado apenas mulheres magras, sem deficiências visíveis e majoritariamente brancas. Desta forma, ao engravidar, muitas das mulheres com corpos maiores podem ter ainda mais dúvidas e aflições, a exemplo da barriga. São recorrentes as publicações nos grupos on-line em que as gestantes gordas perguntam se terão barriga de grávida, se ela vai aparecer, se seus corpos irão aparentar a gravidez e se serão capazes de sentir o bebê se mexer na barriga.

“Boa tarde!! Meninas, sou obesa e estou grávida, de 5 semanas, ainda não consegui ver o embrião, só o saco gestacional com a vesícula vitelínica.. normal né? **Mas minha dúvida é se a barriga demora a crescer, por já ter barriga.. como que funciona?** Com quantas semanas eu vou perceber a diferença, pq como emagreci uns 10 kg, antes de engravidar, estou usando minhas calças e roupas.. tudo normal.. não percebo diferença, **é normal?**”.

“Meninas me tira uma dúvida tou de 16 semana só q **sou gordinha e minha barriga ate agora nada tem alguém ai gordinha q já ta com barriguinha** de 16 semana do meu filho apareceu mas eu tava mais magra”.

“Mamães Plus Size **com quantas semanas a barriga de vcs ficou bonita e redondinha? Isso é se ficou?** Estou com 28 semanas, ela cresceu muito mas **parece só que estou mais gorda** do que já sou as pessoas ficam me cobrando foto da barriga mas não gosto de postar”.

“Oi meninas **com quanto tempo apareceu a barriga de vcs? Por ser bem gorda tô com 130 kls com medo de não aparecer.** Tem fotos da barrigas de vcs pfv”.

“Oiiii meninas! Então só **uma curiosidade**, alguma mamãe aqui que seja

**gordinha igual a mim que esteja com 10 semanas e a barriguinha ainda não apareceu?”.**

“Meninas estou com 19 semanas. **Ainda não sinto o bebe mecher e isso me deixa bem ansiosa. Verdade que nosso peso atrapalha?** Com quantas semanas vocês sentiram?”.

Deparei-me com relatos de mulheres que, diante desse imaginário de um corpo gestante obrigatoriamente magro ou pequeno, tinham dificuldade de ser identificadas como grávidas e raramente podiam usufruir de atendimentos e assentos preferenciais, como nos ônibus e filas de supermercado, ou tinham vergonha de utilizar os atendimentos preferenciais, pois não aparentavam estar gestantes.

“Sou gordinha e desde que engravidei tem muitas coisas que fico meio assim né pq **quando a gente é gordinha e fala que tá grávida todo mundo olha torto**, portanto **minha barriga tá começando a se formar agora com 6 meses e fico agoniada kkk pq mesmo estando grávida tenho medo de pega fila preferencial, senta no preferencial com medo de alguém vim falar** isso e gordura e não gravidez... alguém já passou por isso ???”.

“**Não tive prioridade em fila nenhuma por ser obesa, to com 36 semanas e ainda tenho que falar que sou da fila de prioridade!! É difícil demais**”.

“Estou com 29s+3 e **ninguém percebe que estou grávida**. Tenho 1.63, estou pesando 106”.

“Eu me sentia triste, pq **eu com 6 meses eu acho, eu dentro do ônibus cheio ninguém levantou pra mim**, aí motorista parou o ônibus mas não por mim, foi pq o povo estava tudo na frente e atrás vazio e então **eu falei bem alto, motorista da pra vc ir em frente eu tenho exames pra fazer e vou me atrasar, e tbm estou gestante e em pé, meus pés vai inchar, foi aí q levantaram pra mim sentar, mas ainda ouvi ‘não sabia q está grávida, nem parece’...nossa fiquei mal nesse dia...mas só apareceu mesmo a minha barriga no final,vou mostra a foto...**”.

“A minha barriga quando eu tava grávida nunca endureceu nem ficou bonita, eu **chorei algumas vezes de vergonha porque eu não conseguia pegar preferencial mesmo com os pés inchadíssimos e muita dor. Dói mesmo as pessoas dizerem que vc não tá grávida**, será que tem algum bebê aí mesmo??? Vc ta inventando. Eu tinha uma amiga q me empurrava na fila e gritava ela ta grávida merda da licença kkk”.

“eu to ate pensando pq **tbm n entro na preferencial mas esse mês vou entrar e levar caderneta de gestante** se falarem alguma coisa eu esfrego na fuça deles”.

“eu com 38 semanas **ninguém falava q eu tava grávida**”.

Assim, embora muitas das gestantes desejem ter barriga, o ideal que almejam parece ser do corpo grávido “padrão”, decorrente deste imaginário e expectativa de corpo magro gestante em que a barriga pode ser muito saliente. Desta forma, algumas delas se mostraram frustradas, infelizes ou envergonhadas com suas barrigas, por não apresentarem o formato de corpo grávido “padrão” que imaginavam e idealizavam, relatando, inclusive, vergonha por não demonstrar a gestação.

**“Não tenho barriga de grávida, sim de gorda e a pior parte e a cara que as pessoas fazem quando digo que estou grávida e olham imediatamente para a barriga e fico sem graça”.**

**“Vivo o mesmo dilema sou gordinha e nem aparece a barriga. Meu sonho é ter barrigão, acho lindo ”.**

**“meu sonho era ter a barriga redonda de grávida pra tirar foto mas ela já é bem flácida axo q não vai ficar. Alguém aqui é assim tbm? Teve a barriga de gravidez ou só parece que ficou mas gorda?”.**

**“Meninas que estão grávidas tão sofrendo preconceito das outras pessoas? O que mais escuto nossa vc nem parece grávida, sua barriga nem é de grávida.. vc fica mais gorda e feia de vestido... Vai sofrer bastante quando for dar a luz ao bebê.. vai sofrer nesse calor de verão.. 😞**  
**😞** isso só deixa agente mais pra baixo. Estou grávida de 21 semana”.

**“#Desabafo meninas vim compartilhar minhas frustrações com vcs, estou com 15 semanas e sempre sonhei em ver minha barriga crescendo mês a mês tirar fotos para fazer montagens, mais de uns dez anos pra cá engordei muito e **minha barriga arriou tenho muita vergonha dela** as pessoas fica mandando eu mandar foto da barriga mais **no momento só tem gordura e sei que mesmo quando crescer vai ficar a ponchete em baixo, isso me deixa um pouco frustrada**, não falo nada para ninguém porque ninguém vai me entender, quando finalmente comecei uma dieta e exercício descobri a gravidez, queria emagrecer para engravidar, me amo e estpu muito feliz por minha gestação não me entendam mal, mais queria estar mais magra, **minha gordura é toda na barriga. Fico envergonhada até para alisarem a barriga”.****

**“Meninas vcs q assim como eu estão bem acima do peso tem vergonha da barriga** tipo amanhã completo 19 semanas e minha barriga ta enorme e **sempre tem quem diga isso não é bb é gordura fico tão triste e com vergonha 😞😞😞😞”.**

**“A minha tá caída embaixo. Onde é a gordura mesmo. Estou de 27 semanas e estou morrendo de vergonha das pessoas olharem. Principalmente os médicos que pedem pra eu segurar pra eles ouvirem o coração do bb”.**

“Bom dia mãezinhas... eu **gostaria de agradecer pelo incentivo de fazer o ensaio de gestante. Eu fiquei com muito medo porque achei que ficaria ridículo por causa do meu peso (135kg)... e porque a barriga não ficou redondinha.** Acabei fazendo um bem simples com poucas fotos... mas que me valeu a pena. Não devemos deixar esses complexos atrapalharem nossa felicidade. Afinal... quantas de nós não escutamos que por sermos obesas jamais conseguiríamos engravidar? Então vamos registrar sim o nosso sonho se realizando... 🥰🥰🥰”.

Assim, essa união de um corpo gestante e gordo parece suscitar dúvidas diversas acerca de como seria a existência nesse corpo que não é tão representado nas mídias e que, pelo entendimento biomédico, seria “doente”, “anormal”, “infértil”, e estaria diante de vários riscos. Ademais, a existência de um imaginário de corpo grávido necessariamente magro e a ausência de representatividade de corporalidades gordas grávidas pode estar relacionada a dificuldades encontradas na vida cotidiana, como não ter a gravidez reconhecida nos espaços públicos, ou tê-la questionada, e não acessar atendimentos preferenciais. Outras especificidades que tais corporalidades podem encontrar nos serviços de saúde e ao longo da gestação incluem barreiras de acessibilidade e violências relacionadas a essa ideia de que tais corpos não deveriam existir ou ser como são. Também no âmbito subjetivo, pode se apresentar uma expectativa e desejo por um corpo grávido idealizado em que a barriga possui um formato muito saliente e definido, o que nem sempre ocorre em corpos gordos, que possuem sua forma de demonstrar a gravidez, mas que não é tão construída na imagética das gestantes nem publicizado, por fugir ao padrão mais socialmente imposto, conhecido e aceito.

Por outro lado, como na gestação ocorrem significativas mudanças corporais, que podem fazer vir à tona a relação construída com o corpo ao longo da vida, o histórico quanto a dietas, restrições, traumas, adoecimentos, emagrecimentos, etc, a gravidez, o parto e a maternidade também podem ser uma oportunidade para passar a viver e experienciar o corpo de uma nova maneira (Davidson e Lewin, 2022). Os relatos de Dandara e Nina, por exemplo, indicaram que passaram grande parte da vida tentando emagrecer para serem aceitas socialmente, até que começaram a entender suas corporalidades como gordas e dignas de viver como são. Embora gestantes gordas possam receber mensagens no sentido de que são incapazes de ser mães com saúde, experienciar gestações e partos saudáveis e dar à luz bebês saudáveis também pode ser uma forma de ressignificar a relação com seus corpos e saúde.

### **3.2 Acessibilidade e violências: “é como se uma gorda não tivesse direito de ser mãe”**

Conforme Mitchell (2005), como somos moldados por nossas experiências corporificadas no mundo, existe uma parte do ser gordo marcada na psiquê das pessoas gordas que influencia na forma de como percebem o mundo e se colocam nele, e que pode permanecer independentemente das alterações de peso. Neste sentido, uma questão importante e que influencia nas experiências de sujeitos gordos é em relação à acessibilidade. Pessoas gordas, sobretudo as maiores, podem encontrar dificuldade nos espaços que não são pensados considerando as especificidades de seus corpos, como se existissem somente corpos magros. Os primeiros coletivos de mulheres gordas, desde os anos 70, já tratavam da temática da acessibilidade, de modo similar aos ativismos anticapacitismo, fortalecendo a ideia de que não são as pessoas que devem modificar seus corpos para se adaptar socialmente, mas sim as estruturas sociais devem ser modificadas para que se adaptem a todas as diferentes corporalidades (Cooper, 1998; Aranda Delgado, 2021). No campo dos estudos de corpo gordo, no Brasil, a gordofobia tem sido compreendida como um preconceito estrutural e institucionalizado, que perpassa todas as áreas da vida e cotidiano social, inclusive na falta de acessibilidade, acarretando desumanização, visto que direitos humanos e fundamentais podem ser institucionalmente negados a tais corporalidades (Jimenez-Jimenez, 2021). Em conversa com Nina sobre acessibilidade, ela contou que se identifica com “gorda menor”, porque ainda consegue circular pelos espaços e usufruir da maioria das estruturas, embora às vezes com dificuldade:

**“Eu ainda consigo, vamos dizer assim, não muito, né, mas ainda consigo utilizar algumas coisas, tipo algumas cadeiras, passar na roleta, alguma coisa assim ainda consigo. É claro, tenho dificuldade, sim, principalmente em sentar em cadeiras, porque sempre são cadeiras espremidas assim, ou cadeiras frágeis, então isso é uma coisa ainda difícil, mas outras coisas são mais fáceis, então acabo me considerando uma gorda menor. Inclusive durante a gestação, porque eu fui só até 124 Kg”.**

No caso das gestantes, são recorrentes os relatos de más experiências na realização de exames com aparelhos que podem não ser feitos levando em consideração as especificidades e a existência de seus corpos, ou devido à falta de preparo dos profissionais da saúde para executar os exames. Deparei-me com muitos relatos de ultrassom dolorido, com ofensas verbais e atribuição da gordura e



culpabilização da gestante por não se conseguir identificar o sexo ou ouvir os batimentos do feto, por exemplo. A cardiocografia fetal (“cardiotoco”) foi outro exame que constou nos relatos como possivelmente dificultado nas experiências de gestantes gordas.

“Nossa meninas **a gente sofre preconceito por ser obesa até no ultrasson né**, fiz ultrasson hoje a médica super ignorante, e ainda disse que não dava pra fazer ultrasson que eu tinha que respirar mais devagar 😞 (fiz pelo SUS 😞)”.

“Nossa sofri com isso tbm, mais pelo SUS, depois disso sempre paguei e com a mesma médica um amor, super gentil educada”.

“Igual meu médico hj, **apertou tanto minha barriga** pra ouvir no coração ai apoiou o cotovelo em cima da perseguida não sei se doía mais a barriga ou a perereca kkk até gritei ai na hora kkk

**Aí ele falou consegue ouvir? Eu disse sim e sentir dor também. Aí ele respondeu .. Tá gorda , fecha a boca precisa emagrecer** 🙄😞

Kkk kkk ora ora parece que temos um Sherlock Holmes. **Que eu sou gorda eu to cansada de saber e tentar emagrecer é oq faço desde que me conheço por gente** 🙄😞😞 “.

“a impressão que tenho é que por ser obesa eles acham que não mereço o mesmo tratamento. O ultra com dopler que fiz com 34 semanas foi trágico. **o médico apertou com tanta brutalidade a minha barriga, senti muita dor que por fim tive uma crise de choro, parecia que ele estava com raiva de realizar o exame em mim**”.

“Meninas tou preocupada **escutei o coração do meu BB semana passada e hoje passei em consulta e a médica não conseguiu escutar falou q é porq minha barriga atrapalha porq sou gorda, fico muito triste com isso** por causa do meu peso atrapalha muito **sinto como se eu fosse a única mulher gorda da face da terra q ta grávida** ,e normal ela não ter conseguido escutar sendo q semana passada escutei com outro medico ou varia de aparelho pra aparelho, tou de 16semana”.

“Oi meninas e minha primeira publicação aqui,hj fis a ultra morfológica ai no começo o medico disse ser menina **eu chorei fiquei muito emocionada por que meu maior sonho e ter uma menina ai no final ele disse acho que errei e disse ser um menino** e mostrou o piruzinho e disse por eu estar gorda e dificil ver por causa da camada de gordura e agora em que eu acredito”.

“(…) dai foi olhar minha barriga **não ouviu o coração do nenê e disse que era por causa da minha gordura fiquei muito triste** sai de lá muito decepcionada com o atendimento”.

“Estou com 35 semanas, hj fui fazer um cardiotoco, **ela disse que era difícil conseguir minha neném ficar quieta pq eu sou gorda!** Ridículo, engoli a

seco. O povo não tem empatia nenhuma, só falam e a gente que de conta de absorver”.

“nossa muito, eu também fico sem reação só depois que a ficha cai que passamos por isso. **Acho que é algo relacionado a nosso passado de gordofobia que quando acontece novamente nosso corpo trava e não conseguimos responder, só queremos ser vistas como uma gestante igual a todas as outras**”.

“Ontem fui no Ame fazer um ultrason mais como sou muito gorda ele não fez nem questão ,só tirou as medidas necessária,não duro nem 5 minutos e perguntei pra ele se estava tudo bem ,mais ele nem me respondeu ,disse só no dia da consulta. Será que minha bebê esta com peso bom?tamanho bom? 😞”.

No relato acima, a gestante, que estava sendo atendida pelo SUS, anexou a foto do exame e pediu auxílio das outras pessoas do grupo para saber se o feto estava bem, uma vez que o médico não forneceu as explicações que ela solicitou quando da realização do exame. Algumas das participantes dos grupos sugerem que o problema para a realização de exames decorre da falta de preparo, profissionalismo ou boa vontade dos médicos.

“tem uns médicos que não deveriam tá exercendo essa profissão, **o meu médico do alto risco sempre ouve o coração da minha bebê e coloca pra mim ouvir. Já o do posto sempre fala que não dá pra ouvir. Se eu fosse vc pediria pra trocar de médica**”.

“Eu desde o começo da minha gestação tenho feito acompanhamento pelo SUS e não tinha do que reclamar. Até que tive q fazer um ultrassom onde queríamos muito saber o sexo do BB, infelizmente **pegamos uma médica sem preparo nenhum para tratar uma mãe, ela olhou pra mim e disse q seria impossível descobrir o sexo pelo meu biotipo (sou obesa) que não teria nenhum aparelho tão bom** para ver tão bem o bebê. Sai dali arrasada e não aceitava o que ela havia me dito, **procurei uma clínica particular para fazer o mesmo exame** dei sorte de fazer no mesmo dia. Nossa que médica maravilhosa, um verdadeiro anjo na terra, **coisa de 2 minutos ela já tinha visto o sexo do nosso bebê** sem nenhum tipo de esforço. Vimos nosso filhote perfeitamente. **As vezes o preconceito vem da preguiça, da falta de interesse**”.

“**Falta de profissionalismo, fiz 5 ultrassom e o médico super educado nunca me destratou, fiz 1 no Sus pra nunca mais médico bruto** e quase tirou a roupa toda sem necessidade”.

Assim, o despreparo dos profissionais da saúde para atender pessoas gordas e gestantes surgiu como um possível motivo para as dificuldades encontradas na realização de exames. Nessas publicações, outras mães e gestantes trazem respostas de apoio e informam que o problema não é com seus corpos, e sim no

atendimento fornecido:

“Desculpa mas obesidade não impede de ver o sexo do BB, isso **depende muito do profissional que vc está fazendo e boa vontade dele** e tbem da posição do BB. Mas caso esteja preocupada faça o exame sexagem fetal”.

“**A nossa gordura nao e problema pra isso. A unica coisa q pode dificultar e a qualidade do aparelho do medico e tbem a força de vontade do medico** de fazer o exame tbem. Eu estava com 112kg com 13 semanas e o medico q fez meus ultra viu super de boa o sexo do bebe”.

“Minha primeira gestação eu **estava com quase 130kg e descobri o sexo com quase 16 semanas foi super de boa**, deu pra vê certinho..”

“falta de respeito, eu com 20 semanas bati uma ultra, pesando 129 kilos ,e o médico viu na hora que era uma menina. **Nao tem essa de ser gorda. Com o aparelho eh possivel ver sim...o medico que era ruim mesmo.** Eu hein...falar groselha pra mae”.

Outro possível motivo para não se ver ou ouvir o feto corretamente trazido por algumas gestantes e membros dos grupos é a qualidade dos aparelhos utilizados:

“Sim já aconteceu com 20+4 mas como tinha sentido mexer, o médico falou que tava tudo bem, que **alguns aparelhos são ruins mesmo**”.

“Sim sempre passo no hospital e lá eles houve normal e na minha última consulta do posto **o medico apertou minha barriga e msm assim ouviu muito baixo acho q são os aparelhos do posto q não presta msm**”.

“**Sobre o cardiotoco**, como eu tenho uma avental de gordura na barriga bem grande, **o aparelho perdia toda hora o sinal** dos batimentos da neném, **era muito chato e constrangedor fazer esse exame**. Nos ultrassons era mais fácil mas tbm havia uma certa dificuldade, descobri o sexo com mais de 20 semanas”.

Conforme Jimenez-Jimenez (2021, p.10), a sociedade atual não está preparada para lidar com os corpos gordos e os culpam por isso, de modo a substituir a responsabilidade social de atender as demandas da população por “culpabilização de quem está gordo e não se encaixa nas coisas que não foram feitas para encaixar”. Diante deste cenário, encontrei alguns relatos de casos de exames cujo laudo é de que não seria possível realizar a sexagem fetal devido ao corpo, ao “biotipo”, da gestante gorda:

“Sei bem como é...fora **olhar o ultrassom e ler que não dava pra ter certeza pelo biotipo da mãe...** Triste.. Mas força mãezinha!!!”.

**“Minhas Ultras sempre aparece ‘exame limitado pelo biotipo materno’.** Até entendo pq as imagens ficam horríveis, mas acredito q com paciência daria pra fazer, mas poucos médicos tem”.

A anestesia também aparece como uma possível dificuldade atrelada a questões de acessibilidade, pois as técnicas parecem ter sido pensadas para corpos universais magros. Assim, deparei-me com relatos de manifestações de profissionais da saúde acerca dos riscos aumentados para aplicação de anestesia em corpos gordos, de que poderiam não ter efeito, e casos em que foram realizadas várias tentativas até dar certo. Uma delas relatou ter feito 8 tentativas de anestesia, enquanto outras confirmaram que é, sim, possível anestésiar na primeira tentativa, o que indica que falta preparação dos profissionais da saúde para atender corpos diversos. Os seguintes relatos trazem isso à tona, pois além dos problemas na realização de exames com culpabilização da gestante, violências verbais e negligências, mencionam também a aplicação de anestesia em excesso, pois o médico disse que não sabia se iria funcionar, ou a atribuição da anestesia como um fator de risco e que pode gerar mais medo.

**“Quando eu fiz 4 meses de gestação a médica não conseguiu ouvir o coração do bebê e pediu pra eu ir na emergência só pra ver se estava tudo bem com o bebê. Chegando lá a plantonista que fez a ultrassom, me falou coisas horríveis por causa da gordura da minha barriga, disse que a médica dificilmente ia conseguir ouvir o coração e que eu só ia saber o sexo quando nascesse. Na ultra pra ver o coração do bebê, a médica não olhou nem por 20 minutos e disse que não ia conseguir ver o coração por causa da gordura da minha barriga. Ficou claro pra mim que ela odiava atender obesas porque mandava a assistente colocar as mais gordas por último.**

**No dia do parto, a médica plantonista ficava toda hora reclamando do meu peso e do tamanho da barriga, dizia que ia precisar de 2 rolos de esparadrapo pra levantar a minha barriga, ela não falava diretamente comigo e eu só soube que ia fazer cesária pq a enfermeira me levou para o centro cirúrgico. Lá o anestesista toda hora reclamava pq o mangote não me servia, dizia que não sabia se a anestesia iria pegar e acabou aplicando 4 vezes pra ter certeza.**

**Fiz uma força sobre humana pra ficar acordada durante o parto. Foram momentos horríveis. Eles odeiam as obesas 🙄🙄🙄”.**

**“Engravidei com 151kg, (...) Eu fiz tudo pelo SUS e até pra fazer um cardiotoco era complicado, ultrassom complicado, fora as falas preconceituosas (...) Tomei 7 agulhadas pra anestesia pegar, voltei a sentir quando ainda estavam costurando, pensei mesmo que morreria ali”.**

**“Meninas ontem fui a uma consulta de anestesia... Estou de 33 semanas e peso 108kg, a médica assustou me imenso pois disse que a epidural vai ser perigosa em mim por ser obesa e ter muita gordura nas costas 🙄🙄🙄 como correu com vocês?”.**

Dandara, em relação à acessibilidade, também mencionou dificuldades na realização de ultrassom. Disse que sabia que pelo SUS seria difícil fazer um ultrassom mais detalhado, então fez “um esforço danado para fazer esses ultrassons à parte”. Porém, em seu pré-natal no SUS, tinha que fazer um ultrassom por mês, e a situação era diferente, pois ouvia comentários que a deixavam “muito mal”:

“E aí eu fiz na melhor clínica aqui em Salvador. Fui super bem atendida, as médicas recebiam a gente muito bem e não tive problemas. Quando eu ia para emergência aqui do SUS, já era totalmente diferente. **Cada vez que entrava no hospital, tinha que passar pela triagem, tinha que fazer um ultrassom para ver se tava tudo certo com o bebê**, se tem deslocamento de placenta, **e eu era muito mal recebida. Tratam a gente de qualquer jeito**. Como eu fiz um barrigão aí tanto na foto que eu mandei para você, ainda tava pequenininha, mas eu fiz um barrigão que pareceu gêmeos. **Aí ela pegava a barriga, mãe segura essa barriga, suba sua barriga para poder tentar enxergar esse útero... entendeu? Esse tipo de coisa e aí eu ficava muito mal, né**”.

Nina também relatou ter passado por momentos constrangedores envolvendo ultrassom. Quando ainda consultava com a primeira médica, que atendia seu plano de saúde, no dia em que ela saiu da consulta e chorou muito, uma das situações que a abalaram emocionalmente foi a médica ter comentado que seria difícil saber o sexo do feto devido à gordura de sua barriga.

“aí eu tava com 16 semanas e ainda não tinha visto o sexo do bebê, mas é normal teoricamente. Aí ela tava com aparelho de ultrassom e disse ‘ah, vou escutar os batimentos daqui’, aí ela perguntou ‘tu já descobriu?’ e eu disse ‘não’, e ela **‘ah, é pq dessa manta de gordura q tu tem aqui é mais difícil de ver mesmo**”.

As dificuldades na acessibilidade não se limitam aos exames, mas podem se apresentar na estrutura de todo um hospital que não poderia receber pacientes gordos com os equipamentos que suportem e sejam adequados aos seus corpos, ademais de uma possível falta de treinamento e preparo dos profissionais para atender corpos diversos, tanto nas realizações de exames, quanto nas consultas e procedimentos. A falta de equipamentos apropriados para corpos maiores nos hospitais pode abranger também macas, manguitos e roupas, por exemplo. Dandara, no hospital em que foi atendida ao longo do pré-natal, tinha acesso a um manguito para aferir a pressão de braços grandes, mas ele nem sempre estava disponível, como na seguinte situação, em que chegou para ser atendida no primeiro horário, às 8h, mas esperou mais de 4 horas para ter o manguito que cabia em seu

braço e passou mal durante a espera, havendo sido encaminhada ao pronto-socorro:

“Aiai Aline, essa história do aferidor de pressão com manguito pequeno. Aqui os horários, eles são muito organizados em relação a atendimento, né, e os horários são britânicos. Se era 8 da manhã, o médico estava lá às 8 da manhã. **Eu já fui a primeira da fila pra ser atendida e só fui ser atendida depois do meio dia porque não tinha um manguito que coubesse no meu braço pra aferir a pressão.** Aí nisso passou dos meus horários de tomar as medicações e comer, aí a pressão subiu e me mandaram pro pronto-socorro sem alimentação e sem medicação. Aí eu passei mal lá e fiquei lá, no PS passando mal, pq eles davam prioridade pra quem tava parindo”.

Deparei-me, ainda, com casos e relatos de parturientes gordas no SUS que tiveram que ser enroladas em lençóis, por não haver bata no seu tamanho. Dandara notou essa dificuldade:

“Em relação à camisolinha, robezinho, **quando eu pari não tinha um robe que coubesse em mim. Na verdade só tinha dois, e um deles era da minha colega de quarto,** que era gigante também, era uma mulher muito grande. **Aí nisso chegou lá uma parida e deram os dois pra ela, não sei por qual motivo, mas eles deram os dois. E aí a gente teve que ficar se virando”.**

Inicialmente, Dandara recebeu duas batas no tamanho M para vestir ao mesmo tempo. Relatou que o hospital exigia que se utilizasse a bata fornecida, para facilitar o manuseio com as pacientes, mas que não tinha do tamanho adequado. Porém, ela contou que passava muito tempo no hospital e já tinha feito diversas amizades, e foi devido à solidariedade de uma delas, que antecipou seu problema, que conseguiu encontrar maneiras de superar essa falta de acessibilidade nas vestimentas.

“**Aí me deram primeiro um robe M e aí me deram dois, um pra vestir de costas e um pra vestir pela frente. Aí eu vesti, né. E esperei.** Aí essa colega falou ‘não acredito que fizeram isso com você, pera aí que vou dar um jeito’. **Foi na lavanderia, me trouxe um robe GG, dois, e disse ‘bote na sua mochila’,** aí eu botei na mochila e perguntei por quê. Ela disse ‘vc vai me entender por que’. Eles passam pra fazer a ronda, mandam a gente tomar banho e não dão o robe limpo, então eu teria que vestir novamente o robe, e como a gente faz a cirurgia, ficar com robe sujo não é bacana. E eles não dão robe limpo, só um por dia, e a gente tem que tomar dois a 3 banhos por dia, aí é meio sinistro ficar com o robe sujo (...) Line, e uma coisa super interessante é que eles não deixam a gente levar nossa roupa de casa, **a gente tem que usar aquele robezinho lá porque ele facilita o manuseio do médico com o paciente, mas só que aí complica, né, não**

**tem do tamanho da gente, a gente tem que vestir o que a gente traz de casa”.**

Os relatos trazidos neste capítulo e nos anteriores indicam que gestantes gordas podem ser recebidas nos consultórios médicos e serviços de saúde com a ideia de que não poderiam existir da forma como são, que deveriam ser magras se quisessem estar grávidas. O corpo gordo e gestante é tratado como se não pudesse existir, e parece inexistir também no imaginário social e na imagética de mulheres gordas que, ao ficarem grávidas, podem ter a expectativas de desenvolver o formato de um corpo gestante magro, que é o usualmente representado e divulgado nas mídias. Ao elaborar os cartazes de divulgação da pesquisa, precisei utilizar um programa de edição de fotos para aumentar as medidas do desenho que constou nos cartazes de convite à pesquisa e que deram início ao campo, pois até mesmo localizar um desenho de gestante gorda foi muito difícil. As poucas ilustrações que encontrei, em sua maioria apresentavam estereótipos negativos, como o consumo de muitos alimentos pouco nutritivos, retratando a pessoa gorda de forma muito caricaturizada, preconceituosa e dando a entender desvios morais, a exemplo das seguintes imagens, que são retratações comuns de pessoas “obesas”:

Figuras 6-8 – Representações de “obesas”



Fonte: bancos de imagens<sup>23</sup>

Nota-se que todas as imagens relacionam a gordura corporal e as corporalidades gordas ao consumo exagerado de alimentos tidos como “não saudáveis”, à gula, transmitindo essa ideia estereotipada de “obesidade” como uma doença, falta de saúde, decorrente de alimentação excessiva e por culpa da pessoa. Os relatos sobre acessibilidade (ou ausência dela) também dão a entender que as

<sup>23</sup> Figura 3 disponível em: <canstockphoto.com.br/obesidade-perigo-20150109.html>. Acesso em: 07 out. 2022.

Figura 4: disponível em: <thumbs.dreamstime.com/z/mulher-gorda-dos-desenhos-animados-que-guarda-um-hamburguer-grande-91010004.jpg>. Acesso em: 07 out. 2022.

Figura 5: disponível em: <canstockphoto.com/fat-girl-illustration-11184755.html>. Acesso em: 07 out. 2022.

corporalidades gordas gestantes ocupam essa posição de que não deveriam existir, podendo encontrar diversas barreiras estruturais nos espaços físicos, inclusive nos serviços de saúde. Ademais, parece que os profissionais da saúde, em muitos casos, tampouco são qualificados e preparados para atender e lidar com as especificidades de corpos maiores, a exemplo da realização de exames e aplicação de anestésias, além dos equipamentos que são feitos para pessoas magras e leves. Isso, aliado aos entendimentos biomédicos de corpos “anormais”, “doentes” e “que não se cuidaram” parece um fator que gera e possibilita violências nos atendimentos de saúde e danos às gestantes.

É justamente essa ideia de que tais corpos “não deveriam existir” que surge nas violências médicas (que veremos de forma mais aprofundada a seguir), em que podem tratá-los como incapazes, incorretos, inadequados e doentes. Por outro lado, se o corpo gordo apresentar alguma doença, pode ser culpabilizado, sendo usual que se atribua qualquer doença como uma consequência da “obesidade”, da gordura corporal, e relacionada à ideia de falta de força de vontade, preguiça e uma falência moral do indivíduo que “não se cuidou”. Diversas produções do campo dos *fat studies* já indicaram que pessoas gordas podem deixar de buscar atendimento médico ou não ter suas doenças devidamente diagnosticadas e tratadas, pois, quando atendidas, podem ser muito culpabilizadas e estigmatizadas devido à gordura corporal (Silva, 2019; Jimenez-Jimenez, 2020; Gama, 2020). Como salienta Parker (2014), condutas punitivas, culpabilizantes e humilhantes na prestação de cuidados de saúde reprodutiva podem ser responsáveis por afastar as mulheres destes serviços, o que pode ser a maior ameaça à saúde das mulheres, gestantes, mães e de seus filhos. Conversei com Dandara sobre a evitação de consultas médicas por medo de violências e humilhações, que pode ser recorrente para muitas pessoas gordas, por serem fortemente estigmatizadas e hostilizadas quando buscam atendimento. Contou que por muito tempo em sua vida evitou buscar consultas médicas, mantendo apenas o acompanhamento com ginecologista diante de seus diagnósticos de patologias relacionadas ao sistema reprodutivo.

“ia só pra monitorar esse tipo de coisa e se fosse necessário fazer algum procedimento cirúrgico, aí eu não ficaria aquém da minha situação e da minha saúde. Só pra isso. **Porque pro restante das coisas eu só achava que ia ser metralhada igual a toda vez eu era quando precisava de algum procedimento médico**, algum atendimento em relação a alguma febre, enjoo, **alguma coisa em emergência, era em relação à minha**



**obesidade, né, as pessoas só vinham me atacando por causa disso, aí eu sempre me tratava em casa”.**

Neste sentido, surgiram muitos relatos de gordofobia médica e obstétrica, que podem configurar violência obstétrica, por meio de violências verbais, psicológicas e físicas de profissionais da saúde que se apresentaram hostis às corporalidades gordas e, em alguns casos, reforçando a ideia de que um corpo gordo e uma gravidez seriam incompatíveis. Os relatos envolvem diferentes momentos e etapas da gestação. Recorrentemente, qualquer complicação ou desconforto é relacionada ao peso corporal, podendo ser apresentado, também, um viés culpabilizante.

“A obstetra de auto risco que me acompanhou..**relacionava todo e qualquer desconforto ao fato de eu está fora do peso”.**

“Só sofri. O tempo todo. **Tudo de ruim que acontece é atribuído a obesidade”.**

“**Tudo era culpa da gordura**...o médico falava desse jeito... gordura”.

“Fui fazer ultrassom o **médico perguntou se tinha certeza que tinha um bebê na minha barriga pois era impossível ver com tanta gordura** 😞 estou de 6 meses só fiz uma ultra até hoje”.

Parker e Pausé (2019), ao investigar a vergonha como prática afetivo-discursiva implicada na ideia neoliberal de “gravidez saudável”, localizaram o uso da vergonha nos discursos médicos que envolvem as corporalidades gordas gestantes, levando à construção de subjetividades maternas “envergonhadas”, de modo que a gordofobia não foi construtiva nesse processo, podendo levar as gestantes a adotar comportamentos menos saudáveis e a compreender e experienciar suas gestações de forma negativa. Como refere Jimenez-Jimenez (2021), os pré-julgamentos pelas corporalidades gordas e não normatizadas em nossa sociedade podem fazer com que tenham o direito básico a saúde negado. Em alguns casos, a existência em um corpo gordo e grávido é até mesmo diretamente relacionada à morte por parte de profissionais da saúde, ao lado dessa ideia de que existe uma culpa da mulher, que teria sido irresponsável por engravidar nesse estado de tantos “riscos”:

“A médica **me mandou fechar a boca se não ia morrer eu e minha filha”.**

“Ontem tive minha consulta de pré natal de risco, minha médica foi afastada e me realocaram com outra. **Essa outra parece não acreditar muito em mim.** Semana passada cheguei sentindo dores, eram contrações.(...) Ela me examinou, perguntou como era a dor. Me encaminhou pra maternidade. Pedindo pra realizarem exames pra descartar infecção e sugerindo que minhas dores eram psicológicas.fiquei louca de ódio mais vim sem

questionar. Chegando na maternidade me pediram exame de sangue e urina. Quando o resultado chegou a médica me disse que estou com pedra nos rins. Perguntei a ela (sendo debochada) se não era uma dor psicológica. Ela me respondeu negativamente e me internou. Hoje o médico de plantão passou e começou a falar sobre meu peso, sobre minha glicose está desregulada, sobre a quantidade de insulina que eu tomo. E pra completar falou **VAMOS TORCER PRA QUE VC CONSIGA VER ESSE BEBE NASCER. VC SEMPRE FOI DOENTE. AGORA TA TUDO COM PROBLEMAS SEU PANCREAS NAO FUNCIONA E ISSO É FUNDAMENTAL PRA SOBREVIVER. ME DEU UM ATESTADO DE MORTE. Ele não quis saber o que tava acontecendo, o que aconteceu antes, como foi minha vida, minha saúde antes.** Falou que a estadia no hotel (hospital,) tá muito boa pra mim, que ia fazer exames pra ver se podia salvar meu filho deu Boa tarde e foi embora. **Estou me sentindo a pior mulher do mundo** (...) infelizmente dependo do SUS Nao posso reclamar muito. Mais com certeza vou denunciar”.

Resposta: "Medico do sus? porque quando engravidei a médica disse a mesma coisa falou um monte de asneiras fiquei desesperada e **quando meu bb nasceu ela disse na mesa de cirurgia que nao era pra eu engravidar**".

"Engravidei com 151kg, tive hipertensão gestacional e um leve descolamento na placenta no início da gestação. Sinceramente eu não recomendaria engravidar com o peso tão alto, se eu fosse engravidar novamente eu só engravidaria após emagrecer. Eu fiz tudo pelo SUS e até pra fazer um cardiotoco era complicado, ultrassom complicado, fora as falas **preconceituosas (...)** Desde o primeiro pré natal fui encaminhada pro alto risco, endocrinologista e nutricionista pelo peso, ouvi diversas vezes que eu poderia ter eclampsia, pré eclampsia, diabetes gestacional, etc, etc... **Que eu poderia morrer, que a bebê poderia morrer. A endocrinologista me chamou de irresponsável por engravidar com esse peso (saí de lá chorando) e o obstetra do posto disse que se fizesse cesária os pontos poderiam infeccionar, abrir, etc por causa da gordura)** graças a Deus minha cicatrização foi ótima”.

Assim, surgiram casos de atribuição de qualquer doença ou complicação ao diagnóstico de “obesidade”, diversos comentários preconceituosos, ofensivos e, inclusive, “sentenças de morte” por parte dos profissionais de saúde, a exemplo dos que falaram que a gestante tinha sido irresponsável por engravidar com o corpo gordo e que ela e o feto poderiam morrer, ou o profissional que, nas palavras da gestante, lhe deu um “atestado de morte”. Outros relatos de gordofobia no atendimentos às grávidas e parturientes mencionam comentários vexatórios e ofensivos por parte dos profissionais da saúde que seriam responsáveis pelos cuidados das gestantes, podendo fazer referência a maiores dificuldades que teriam em atender alguém muito pesado, tratando a pessoa como um fardo, e gerando tristeza, vergonha, constrangimento, culpa e humilhação:

“Eu na hora da minha Cesária quando fui entrando no centro obstétrico uma residente q estava nas cirurgia arregalou os olhos p mim e disse a outra ‘vc viu o tamanho dela? nem vou entrar nessa cirurgia estou muito cansada ali precisa de muita força’. Tive q aguardar alguns minutos p ajeitarem a sala de cirurgia chorei um bocado mais me controlei depois. Passou despercebido só eu vi, minha bebê está com 2 meses vim falar agora p o meu marido”.

“O medico q eu estava passando disse q eu teria que pagar uma indenização a ele pq eu me pesaria na balança e iria quebrar. Eu não tenho provas pq estava sozinha e muito cansada e cheia de dor. Ele repetiu isso 2 vezes”.

“Sofri durante o parto. O médico falando que não achava o bebê no meio de tanta gordura e tals. Humilhante”.

“Sim,eu já ganhei meu bebê faz 5 meses,mas toda vez que era precisava ir a uma consulta de emergência eu notava o olhar preconceituoso da enfermeira, técnica e até do médico, eu sempre ouvia com tom sarcástico ‘nossa mas vc engravidou estando obesa meu Deus que coragem, vc no mínimo tinha que ter emagrecido primeiro antes disso’, e dizia pra técnica ‘traz braçadeira apropriada pra pessoa obesa’. Isso dóia, sabe, parece que os médicos tinham prazer em me chamar de obesa, eu sei tô e tava muito acima do peso mas creio que os médicos tem que ser mas humanos, somente com grávidas de auto risco, é como se uma mulher gorda não tivesse direito de ser mãe”.

“Bom dia meninas,eu estou sendo acompanhada pelo pré-natal de alto risco do sus, aqui em minha cidade no Sus só tem duas medicas atendem alto risco,na consulta desse mês sai de lá sem chão,a médica disse que não quer continuar me atendendo por conta do meu peso,como ela mesmo falou não quer problemas futuros pra ela,depois acontecer algo vão dizer aquela é paciente de Dr M\*\*\* não quero uma bomba relógio em minhas mãos não,ela foi bem dura e cruel comigo depois dessa consulta voltei a ter crises de ansiedade. Estou com 16 semanas. Com 130 kilos”.

“sofri no parto do meu primeiro filho a medica que fez minha cesarea disse que eu tinha que ficar quieta pois eu tinha o peso dela e da enfermeira juntas, me causou varios danos psicologicos”.

“nunca mais consegui emagrecer, até hj só o que ouço é que tô gorda e os medos de eu quebrar as cadeiras e olha que nem tô tão gorda assim. Me dá nojo disso. Me sinto muito triste por isso, eu não tenho culpa por estar assim. Eu passei por muito problemas e ninguém sabe da metade do que passei, só o que sabem é me julgar e me chamar de gorda e fazer piadas de mim”.

“eu tbm me culpei e pedi desculpas ao meu bebê, vim chorando e quase bati o carro”.

“Boa noite gente,descobri que estava grávida dia 17/04 so que tive gravidez anenbrionada,que é a gravidez onde só o saco gestacional evolui ,e o embrião não,estou muito triste sem chão,além de tudo isso tenho ainda

**que sofrer preconceito vim pra maternidade fazer a curetagem, o anestesista mandado eu me afastar mas pra baixo, aí disse baixe com cuidado, se não se vc cair a gente não aguenta seu peso”.**

Desta forma, momentos de grande importância, a exemplo do parto e demais fases da gestação e pós-parto, podem ser muito prejudicados e dificultados não apenas diante dos medos devido aos riscos informados e receios comuns a eles, mas também em decorrência da falta de capacitação dos profissionais e de estrutura hospitalar no que tange à acessibilidade. A possibilidade de violências físicas e verbais aparece como um empecilho às gestantes, que, além de todos os medos, desafios e dificuldades de uma gestação, podem sofrer violência obstétrica devido ao corpo gordo. Outros atendimentos relacionados à saúde sexual e reprodutiva também podem apresentar essas dificuldades relativas a acessibilidades e violências, a exemplo do relato acima sobre a realização de curetagem. Surge, assim, a gordofobia obstétrica, que consiste nessa união da gordofobia médica com violência obstétrica, como uma forma de opressão às gestações gordas. Atualmente, podem ser consideradas violência obstétrica ofensas verbais ou físicas às pessoas gestantes e parturientes, ocorridas antes, durante ou após o parto, e existem projetos de lei que pretendem tipificar e ampliar a tutela jurídica sobre tais práticas.

A culpabilização das mulheres pelo peso, muitas vezes, veio acompanhada de um julgamento que gerou vergonha e constrangimento. Embora a vergonha tenha sido utilizada nas campanhas de saúde pública sobre “obesidade” no ocidente há décadas, tratando das corporalidades gordas como repulsivas ou prejudiciais à sociedade, não há qualquer evidência de que humilhar e envergonhar os sujeitos gordos estimule o emagrecimento (Parker e Pausé, 2019). Pelo contrário, a gordofobia no âmbito dos serviços de saúde e na vida cotidiana pode, além de acarretar aumento do peso corporal, também ocasionar diversas consequências psicológicas e na saúde geral (Puhl, 2015; Rubino et al., 2020; Puhl, 2021). Ainda assim, as experiências de gestantes gordas demonstram como tal prática pode ser recorrente para profissionais da saúde, a exemplo dos diversos comentários humilhantes que surgiram nos relatos trazidos neste capítulo. Os relatos mencionam, além do uso de culpabilização e vergonha, que alguns profissionais podem demonstrar repulsa e má vontade diante de corporalidades gordas e grávidas, podendo deixar de oferecer a devida atenção a suas demandas, a exemplo do comentário de uma gestante de que “essa outra [médica] parece não acreditar muito em mim” e “ele não quis saber o que tava acontecendo, o que aconteceu antes,

como foi minha vida, minha saúde antes”. Todas essas situações são exemplos de gordofobia médica/nos serviços de saúde. Algumas gestantes e mães indicaram que ficaram sem reação diante das violências que sofreram nos atendimentos relacionados à saúde reprodutiva. Outras pareceram sentir tanta vergonha que disseram que até então não tinham conseguido contar o ocorrido para ninguém, ou demoraram para tanto. Por exemplo: “chorei um bocado mas me controlei depois. Passou despercebido só eu vi, minha bebê está com 2 meses, vim falar agora p o meu marido”. Encontrei, ainda, respostas de membros do grupo incentivando que elas denunciassem as violências sofridas ao Conselho Regional de Medicina ou à ouvidoria do hospital, que são medidas cabíveis em casos de gordofobia médica e obstétrica.

Muitos dos relatos apresentados neste capítulo mencionam falhas nos atendimentos do SUS e indicam que, nos casos de atendimentos a pessoas gordas, o princípio basilar da equidade não é devidamente aplicado, tendo em vista que as necessidades específicas dessa parte da população podem ser desconsideradas, a exemplo da falta de acessibilidade e do tratamento preconceituoso e desrespeitoso fornecido por alguns profissionais. Dandara, embora tenha feito muitas críticas, contou que nem tudo foi ruim, que alguns profissionais foram muito atenciosos. Um exemplo de bom atendimento recebido no SUS foi quando colocou DIU:

“Fiquei tão assim, como diz aqui na Bahia, ‘escabriada’ em relação aos atendimentos que só pude colocar o DIU 1 ano depois, meu filho ia fazer 1 ano quando fui colocar o DIU. Fui em outra instituição, não nessa em que tive atendimento. Cheguei lá e o **atendimento totalmente diferenciado, muito mais humanizado**. Era uma clínica que tem parceria com o SUS, **totalmente humanizado, mais tranquilo... várias palestras**, um dia inteiro pra colocar o DIU, mas tudo bem. Aí a médica totalmente receptiva, **a médica olhou todos os exames, disse, “você é uma mulher saudável, vamos colocar o DIU?”**. Não teve nenhum tipo de preconceito ou represália em relação ao meu peso e a gente foi conversando e tal, e **um procedimento simples se tornou mais simples ainda por causa do atendimento e acolhimento que eu tive**, e foi um procedimento realizado pelo SUS. Parceria SUS-clínica particular”

Ressalta como pontos positivos a humanidade dos atendimentos, ter se sentido acolhida e tratada como um ser humano, o fato de terem fornecido as informações adequadas sobre o procedimento e esclarecido todas suas dúvidas, e, principalmente, a médica não ter feito qualquer comentário negativo em relação ao seu peso, havendo, inclusive, reconhecido que Dandara, com seus 140 kg, é uma mulher saudável. Nina, por sua vez, disse que gostou muito dos profissionais que a

atenderam e dos serviços prestados durante todo o pré-natal, parto e pós-parto no SUS. Ela também ressaltou que gostou de ter suas dúvidas ouvidas e solucionadas, bem como o fato de que o peso não foi um fator utilizado para definir as capacidades de seu corpo:

**“Mas no SUS nunca falaram nada referente ao meu peso (...) o médico sempre foi muito querido, tanto é que confio muito nele. Ele sempre explicou muito, as consultas com ele duravam 30, a primeira durou 45 minutos. Ele sempre explicava, perguntava de tudo, se eu já tava preparada pra amamentação, pro parto, então eram sempre conversas muito diferentes assim, nunca que ele falou “ah, por causa do teu peso...”, nunca comentavam sobre meu peso realmente assim, o máximo que fizeram foi tipo “ah, tu pode ter adquirido isso por causa da tua obesidade”, mas nunca “isso vai te impedir de ter”. Tanto é que fiz a pergunta “Dr, posso ter parto normal?” e ele “com certeza, todo mundo pode ter”, e aí já fez uma reflexão assim”.**

Assim como Nina, encontrei relatos de outras gestantes e mães que informaram ter recebido bons atendimentos no SUS, o que indica que não há uma padronização na qualidade dos serviços prestados, de modo que pode depender da sorte, dentre outros fatores. Algumas mencionam, assim como Nina, que preferiram ser atendidas pelo SUS do que por seus planos de saúde, e outras falam que os profissionais da saúde faziam comentários sobre o peso, mas não expressam críticas a isso, o que também pode indicar menor senso crítico em relação aos casos de gordofobia. Outras dão a entender que tiveram suas dúvidas e necessidades ouvidas e acolhidas.

**“Oii meninas hoje vim contar como foi minha gestação, descobri estava pesando 164 kls, tive muito muito enjôou, não engordei um Kilo pelo contrário emagreci 15, foi uma gravidez muito tranquila graças a Deus, única coisa que precisei foi tomar remédio pra pressão e ela ficou controlada a gravidez toda, tive minha filha de parto normal, ahh fiz acompanhamento tudo pelo SUS tinha muito medo dos médicos mas graças a Deus n sofri nenhuma gordofobia dos médicos sempre me trataram com muito carinho, fui tentante por 6 anos e quando menos esperava engravidei, hj minha princesa está com 3 meses”.**

**“Eu quando engravidei estava com 115kg. Graças a Deus foi uma gravidez saudável, tive acompanhamento no sus, eles não me desrespeitaram em momento algum, tive acompanhamento com a nutricionista do postinho e ela foi um anjo a gestação inteira. No hospital foi outra benção, tive um parto normal e a equipe que esteve comigo foram uns amores”.**

**“fiz acompanhamento no RJ pelo plano de saúde e pelo SUS. No plano tinha as vantagens de ultrassonografia todo mês e a rapidez a mais nos**

exames, é claro. Mas **foi no SUS que me senti segura de ter meu bebê. Foi lá que me trataram bem, me mostrando que pessoas gordas existem e que tem filhos saudáveis**".

**"Olha eu quando descobri estava com 148 kg fui bem maltratada pela médica do posto mas logo em seguida me mandaram pra um hospital maior especializado em gestantes de risco e obesa e graças a Deus tem corrido tudo bem já estou de 33 semanas 4 dias lá sou bem tratada** mas claro sempre alertada sobre os riscos pois sou ciente da obesidade, exames todos ok graças a Deus e engordei 3 kilos na gravidez até aqui".

**"as duas anteriores fiz todo o pré natal no mesmo posto que trabalho hoje, e agora na terceira gestação engravidei pesando 140,** como eu tenho convênio pois iria fazer bariátrica comecei fazendo pelo plano de saúde e fui super mal tratada no convênio, me senti um lixo como ser humano, me fizeram sentir irresponsável sobre meu bebê, que eu iria prejudicar ele e tudo mais...chegando no posto comentei com meus colegas que rapidamente marcaram consulta com enfermeira e abri o meu pré natal, hoje acompanho pelos dois pois passo no alto risco do convênio e pelo posto, e para ser bem sincera **me sinto mais confortável no posto pois ali tiro todas as minhas dúvidas. Lá no posto tem mensalmente grupo de gestante onde é abordado vários temas** (eu ajudo a criar os conteúdos pq agr tbm sou gestante kkk então vejo como lado paciente), e **no médico que passo as minhas consultas duram em torno de 40 minutos pq pergunto tudo,** e meu esposo está fazendo o pré natal do homem onde realiza todos os exames (...) E no conv só acompanho pra levar os exames que de vdd só faço os exames de imagem pq o de sangue, urina e tudo mais fiz tudo no posto. Então acho que vc pode confiar no SUS pq gestante é prioridade para Ubs, eles vão te encaminhar para o alto risco então vc vai fazer acompanhamento em dois lugares diferentes...então fica tranquila mãezinha que vai dar tudo certo".

**"Eu engravidei pesando 135 kilos. Fui muito bem recebida na clínica da família onde moro, sem nenhum preconceito** e TB fiz o pré natal num hospital pois minha gravidez era de risco por conta da minha pressão q já é alta. Mas sempre fazendo os exames e todos bons, **tanto no postinho quando no hospital fui muito bem tratada e nunca sofri preconceito nenhum** de nenhum profissional da saúde enquanto gerava minha pequena. Ela nasceu em janeiro de parto normal induzido e foi tudo tranquilo e **tudo pelo SUS, hospital maravilhoso, profissionais maravilhosos,** só tenho a agradecer a Deus por tamanho cuidado comigo e minha filha!".

**"Engravidei com 128 kg não foi fácil mas meu BB tá aqui cheio de saúde. Fiz meu pré natal pelo SUS e a cesária tbm. meu médico era maravilhoso, mas sempre lembrava sobre a obesidade e que eu não podia engordar nem uma grama a mais kkk emagreci 15 kg na gravidez pq tive hiperemese gravídica. sou do Rio grande do Sul e não tenho nenhuma reclamação nem do hospital que tive meu BB nem do pré natal".**

**"Desde o início do meu pré Natal - que é pelo sus - o enfermeiro obstetra + a médica me tranquilizaram e disseram que o fator obesidade em nada interfere em ter um parto normal".**

**“Que absurdo! Tudo isso é preconceito. Graças a Deus meu médico do sus nunca fez esse terrorismo comigo. Engravidei com 140 quilos, hoje estou com 145, 36 semanas de gestação. Uma gestação tranquila, sem nada e ele só me elogia por isso”.**

Os relatos de boas práticas de saúde às gestantes, parturientes e mães gordas mencionam atendimento cujo foco não recai apenas no peso corporal e nos possíveis riscos da existência nesse corpo compreendido pela biomedicina como “obeso”, “incapaz”, “anormal”, ou “doente”. Destaca-se como ponto positivo quando não sofrem gordofobia ao buscar os serviços de saúde, por exemplo: “fui muito bem recebida, sem nenhum preconceito” ou “graças a Deus não sofri nenhuma gordofobia dos médicos sempre me trataram com muito carinho” e “eles não me desrespeitaram em momento algum”. Conforme Jimenez-Jimenez (2020; 2021), pessoas gordas em nossa sociedade perdem direitos bastante corriqueiros, como sentar numa cadeira confortável ou ser tratadas com dignidade e humanidade pela equipe médica, pois a gordofobia tira esses direitos dos indivíduos gordos e tal exclusão nem sempre é facilmente identificada, pois pode ser disfarçada de “preocupação com a saúde”, funcionando esse discurso como coerção para o corpo gordo ser menor e poder se encaixar socialmente. Alguns relatos de bons atendimentos fazem alusão a um atendimento “humano” ou “humanizado”, em contrariedade a essa desumanização experienciada por muitas das pessoas gordas que procuram serviços de saúde. Assim como Dandara e Nina apontaram, é valorizado quando os médicos e demais profissionais se mostram disponíveis para conversar e sanar as dúvidas das gestantes, retirando o foco da “obesidade” e possíveis comorbidades associadas e passando a realizar a escuta de suas necessidades e demandas, olhando para a real situação de saúde e de modo a reconhecer as potencialidades de seus corpos.

Davidson e Lewin (2022), doulas que seguem o movimento de “positividade corporal”, recomendam que, para uma gestação mais saudável no que envolve a relação com o corpo, deve-se tratá-lo gentilmente e evitar pensamentos críticos ou comparativos, buscar apoio positivo, honrar sua história, nutrir a si mesma e ao feto, e proteger-se da política corporal e das críticas de outras pessoas, buscando reconhecer os pensamentos negativos sobre o corpo como passíveis de reformulação. Algumas das sugestões apresentadas incluem, por exemplo, buscar suporte adicional, como terapia, grupos de apoio ou amigos/familiares que possam auxiliar, encorajar e apoiar a gestante, bem como construir uma equipe de parto, que pode incluir obstetra, parteira, doula, familiares, companheiros, amigos, etc,



discutindo com esta equipe sobre a história e os gatilhos corporais. Na prática, nem sempre existe estrutura para tanto, ainda mais em um sistema de saúde que carece de recursos. Ainda assim, os relatos acima demonstram que reconhecer a possibilidade de existência e saúde em qualquer corpo pode ser uma forma mais adequada e “humana” de acolher gestantes gordas, a exemplo da declaração: “foi lá que me trataram bem, me mostrando que pessoas gordas existem e que têm filhos saudáveis”.

Porém, ao passo que algumas gestantes e mães mencionaram que não sofreram gordofobia ou preconceitos nos seus atendimentos, em muitos outros casos, foram mencionadas violências diversas nos atendimentos do SUS e em serviços particulares de saúde, o que indica que pessoas gordas podem estar mais vulneráveis a sofrer com gordofobia obstétrica, violência obstétrica e más práticas médicas, a exemplo de abusos psicológicos e físicos em exames e consultas, e diante de profissionais da saúde que nem sempre demonstram ser devidamente preparados para lidar com corpos diversos e não normativos. Como vimos no segundo capítulo, existe um forte pânico moral no âmbito de ideologias de saúde em relação à gordura corporal, falando-se em “epidemia de obesidade” e “guerra à obesidade”, de modo que o próprio treinamento que tais profissionais recebem é, provavelmente, gordofóbico. Surgiram, também, dificuldades e barreiras estruturais quanto à acessibilidade em espaços físicos, roupas e equipamentos que não são pensados tendo em vista os corpos gordos e suas especificidades. O corpo gordo, assim, pode ser compreendido como um marcador importante a ser considerado ao se falar em maternidade, gravidez, parto e serviços de saúde.

Diversas situações relatadas pelas interlocutoras foram contrárias ao que preceitua a justiça reprodutiva, que consiste em um movimento político e forma contemporânea de compreender e pensar a respeito da experiência reprodutiva para além do debate pró-escolha/pró-vida e que tem como princípios básicos o direito de não ter filhos, o direito de ter filhos e o direito de criar filhos em ambientes seguros e saudáveis, diante da afirmação de que todas as pessoas férteis e que se reproduzem e se tornam mães e pais precisam de um contexto seguro e digno para tanto, o que inclui o acesso a serviços de saúde de qualidade, educação, ambiente saudável, salário digno, habitação, dentre outros recursos imprescindíveis para que se possa gerenciar a fertilidade, o parto e a maternidade/paternidade (Ross e Solinger, 2017). Pensando pelas lentes de tal modelo, que compreende a saúde

reprodutiva com foco interseccional nas desigualdades estruturais que afetam a saúde reprodutiva das pessoas que engravidam e sua capacidade de controlar suas vidas reprodutivas, compreender a relação entre o peso corporal e a saúde reprodutiva deve também incluir atenção ao contexto social e político, bem como problemas mais amplos de justiça social, tais como desigualdades econômicas, questões ambientais, racismo, orientação sexual, identidade de gênero etc.

Conforme Parker (2014), o exercício da autonomia reprodutiva envolve o direito da pessoa determinar quando e se ter filhos, bem como a forma com a qual a gestação será levada adiante e como o parto irá ocorrer. Para que haja exercício da autonomia e liberdade reprodutiva, as mulheres e pessoas que engravidam devem ser vistas como mais do que meros úteros e não podem ser desumanizadas ou sofrer penalidades devido a suas capacidades reprodutivas. Por exemplo, Dandara não pôde escolher a forma pela qual iria parir, pois, embora tivesse um plano de parto, ele foi desconsiderado quando chegou ao hospital. Segundo Ross e Solinger (2017), um dos objetivos da justiça reprodutiva é acabar com a medicina coercitiva, pois as pessoas merecem parir de acordo com seus planos de parto, sem pressões, violências ou procedimentos de intervenção que não configurem casos de emergência, podendo ter o direito, inclusive, de recusar cuidados e procedimentos médicos, além de serem devidamente informadas e orientadas por profissionais da saúde. Muitos relatos indicaram, contudo, que nos atendimentos às pessoas gordas, médicos e demais profissionais da saúde podem demonstrar má vontade, diante de seus próprios julgamentos e moralidades.

Parece extremamente necessário que profissionais da saúde se qualifiquem para evitar práticas violentas e gordofóbicas, o que deve incluir todas as etapas da gestação e as fases posteriores ao parto. Reforça-se, assim, a necessidade de se pensar nos direitos de pessoas gordas, como de acesso a serviços de saúde de qualidade e nos quais sejam acolhidas, sem serem ridicularizadas, humilhadas, culpabilizadas e violentadas, bem como que não se reproduzam estigmas e que contem com profissionais treinados para lidar com suas especificidades e condições de acessibilidade nos espaços e equipamentos. Diversos relatos demonstram o desconforto das mulheres gordas que, nos serviços de saúde, foram resumidas a um corpo “obeso”, “doente”, “em riscos”, sendo julgadas pelo peso ainda que “saudáveis”, o que reforça a importância de entendimentos e práticas de saúde que respeitem a diversidade de corpos e levem em consideração suas potencialidades,

em vez de apenas tratá-las como incorretas. Surgiu, ainda, uma recorrente culpabilização de mulheres que estariam gestantes em um corpo tido como “doente” e que, pelo entendimento biomédico, não deveria engravidar. Uma pessoa gestante, porém, nunca deveria ser punida ou culpabilizada pelos riscos que pode encontrar na gestação ou por possíveis resultados trágicos, pois toda gestação e parto tem um risco, independentemente das técnicas utilizadas ou condições de saúde (Ross e Solinger, 2017). Portanto, culpabilizar uma pessoa por estar gestante e “com riscos” é, também, uma forma de ditar quais corpos seriam adequados ou não para gestar/parir/maternar e de atentar contra seus direitos reprodutivos. Desta forma, questionar e interromper a totalidade dos relatos biomédicos dos corpos reprodutivos das mulheres pode fornecer espaço para que se desenvolva uma visão mais complexa e socialmente justa da relação entre o peso corporal materno e a saúde reprodutiva por meio da lente interseccional da justiça reprodutiva (Price, 2010; Ross, 2006, apud Parker, 2014).

Tendo em vista o conceito de justiça social reprodutiva<sup>24</sup>, a proposta de um desenho institucional para garantir proteção ampla aos direitos sexuais reprodutivos, que consistem em direitos humanos e fundamentais, é importante que se considerem formas dissidentes de engravidar e maternar, sobretudo gestações gordas, tendo em vista que se trata de grande parte da população brasileira e que, em muitos casos, pessoas gordas não são tratadas e consideradas como sujeitos de direitos humanos e fundamentais. Tal modelo preceitua que são necessárias estruturas que permitam que as decisões reprodutivas sejam livres, informadas e responsáveis, com fins de possibilitar que as pessoas possam construir projetos de vida digna de acordo com suas escolhas individuais, sejam elas de engravidar, manter a gravidez e maternar, ou não. Assim, como a proteção em saúde pública aos direitos sexuais e reprodutivos deve considerar a liberdade de cada um de construir um projeto de vida digna, prevenir práticas gordofóbicas nos serviços de saúde, portanto, pode ser uma forma de garantir que pessoas gordas possam viver e existir nos espaços e no mundo e tenham o direito de vivenciar a gestação, parto e maternidade de forma mais digna, contemplando-se seus direitos reprodutivos e a diversidade dos corpos.

---

<sup>24</sup> O conceito de justiça social reprodutiva foi recentemente apresentado pela ex-ministra do Supremo Tribunal Federal Rosa Weber, em seu voto na ADPF 442, em que se analisa a possibilidade de descriminalização do aborto até a 12ª semana de gestação no Brasil. Trata-se de uma ampliação do conceito de justiça reprodutiva, tendo em vista debates pertinentes ao cenário brasileiro.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As experiências de Dandara, Nina, Aretha e tantas outras pessoas gordas que estiveram ou estão gestantes no Brasil trazem luz a questões importantes, indicando que são necessárias renovadas formas de praticar cuidados médicos e se relacionar com corporalidades gordas e grávidas no âmbito da saúde e para além dele. Embora em determinados contextos culturais corporalidades gordas possam ser compreendidas e valoradas de forma positiva, como bonitas, saudáveis e férteis, neste trabalho chamei a atenção para como o entendimento biomédico sobre obesidade, de modo geral, define que tais pessoas sejam “doentes” e “anormais”, trazendo consequências como discriminação e abusos físicos e emocionais. Surgiu um entendimento biomedicamente informado de que as mulheres gordas tendem a ser inférteis, relacionado a suposto “descontrole hormonal”, e que na prática acaba por fazer com que duvidem de sua capacidade para engravidar e ser mães e pode dificultar a adesão a métodos contraceptivos e a descoberta da gestação. Além disso, muitos relatos do que se passava nas consultas indicaram que ademais desse entendimento de que mulheres diagnosticadas “obesas” seriam inférteis, também seriam incapazes de experienciar a gestação e parto com saúde, diante de diversos riscos associados. Ao longo desta dissertação, foram apresentados dados que indicam que às mulheres gordas que desejam engravidar e consultam um profissional médico é indicada a perda de peso sob o risco de tanto não ter sucesso na tentativa de concepção, quanto de danos sérios à saúde da mulher e do feto/bebê uma vez que esteja grávida.

Desta forma, meu trabalho contribui com discussões que destacam a ambiguidade e o preconceito imbuído no conhecimento biomédico aplicado nos atendimentos de saúde materna no Brasil. Isso acaba por acarretar um atendimento desviado do foco no bem-estar e qualidade de vida, contribuindo para que injustiças reprodutivas não apenas ocorram, como sejam reproduzidas. Segundo relatado pelas interlocutoras que contribuíram com a dissertação, a pessoa deve ser magra para poder engravidar e, se for gorda, deve primeiro emagrecer para conceber, em que pese nem sempre exista uma preocupação com as técnicas adotadas para buscar tal emagrecimento, podendo elas mesmas serem prejudiciais à saúde, e embora dietas radicais e perdas de peso excessivas também possam, inclusive, dificultar a fertilidade. É usual, pelo que indicam alguns desses relatos, a

recomendação de realização de cirurgia bariátrica para mulheres gordas que desejam engravidar, a despeito de seus riscos e consequências para a vida da pessoa e de que a própria biomedicina categoriza as gestações pós-cirurgia bariátrica como de maior risco para a gestante e o feto/bebê.

Ainda assim, apesar do entendimento de que mulheres gordas seriam inférteis e de que não deveriam gestar, muitas delas engravidam e têm filhos. Neste caso, o diagnóstico de “obesidade”, atribuído a partir do questionável cálculo do IMC, serve para determinar se a gestação será de “risco” ou “alto risco”, associando-se a numerosas possíveis complicações à saúde materna e do bebê, de modo a determinar quem poderia ou não gestar e maternar. Tendo em vista um tipo de poder exercido no e partir do corpo - o biopoder, pensando com Foucault, um entendimento enviesado entre conhecimento biomédico e moralidade senso comum parecem ditar tanto as formas corretas de gerar indivíduos “saudáveis” quanto quem estaria mais apto a gerá-las.

Assim, é comum que mulheres gordas grávidas sejam encaminhadas ao pré-natal de alto risco em decorrência de um simples dado métrico, no caso o número do IMC. Mas o que significa ser classificada gestante de alto risco e ser informada sobre eles? Tendo em vista as correlações entre os entendimentos biomédicos acerca de obesidade e suas influências na subjetivação e experiências de mulheres gordas gestantes nos serviços de saúde, surgiram estes como fatores que podem ocasionar sofrimento ao longo da gestação devido aos riscos informados e de um modelo único e universalizante de “obesidade” e de gravidez, que definiria tais corporalidades como incorretas, doentes e inadequadas. Essa informação tem consequências na vida das pessoas grávidas, em como experienciam a gestação, entendem e se relacionam com seus corpos e suas possibilidades e capacidades, e reflete, muitas vezes, em estigmas. Os principais sofrimentos relatados pelas interlocutoras envolveram medos, a estigmatização/gordofobia e as dificuldades nos serviços de saúde, de não serem ouvidas e legitimadas e terem diversas doenças já diagnosticadas apenas devido ao corpo gordo, e a falta de acessibilidade. Pode surgir a ideia de que teriam falhado como cidadãos nos contextos biopolíticos de saúde e também como “geradoras” de outros cidadãos saudáveis, por estarem gordas e grávidas, num corpo tido como inadequado para tanto. Porém, o que adianta informar tantos riscos a uma gestante, que não tem muito o que fazer em relação a eles, mas pode passar a gestação achando que vai morrer ou que o bebê

será prejudicado? Foram muitos os relatos de mulheres que, diante dos comentários quanto aos riscos e limitações de seus corpos, em vez de desfrutar com tranquilidade da gravidez, disseram estar tristes, com medo, ou envergonhadas. Algumas delas relataram ter vontade de não mais se alimentar, tamanho sentimento de inadequação e tristeza por estarem grávidas com seus corpos gordos.

Diante dos diversos riscos médicos e possíveis complicações que lhes são informadas e buscando maneiras de lidar com o medo, muitas gestantes disseram estar “desnorteadas”, “sem chão”, recorrendo a suportes supranaturais e comentários religiosos, deixando os desfechos da gestação gorda nas mãos de Deus, como uma forma de encontrar esperança perante as afirmações dos profissionais da saúde. Compreendidas como inférteis, podem considerar um “milagre” conseguir engravidar, e, também, chegar ao parto e ter bebês saudáveis. Ademais, para além dos receios mais comuns à gravidez, tal como a dor do parto, e dos riscos informados nos serviços de saúde, relataram medo de sofrer com situações de gordofobia, violências, negligências e más práticas médicas. As próprias informações de riscos, muitas vezes, surgiram de forma violenta e culpabilizante.

Essa união dos debates e temáticas sobre direitos e justiça (social) reprodutiva com gordofobia, partindo-se da composição de um corpo gordo e grávido indica, além do fato de que as corporalidades que engravidam são tidas como incompletas e falhas, que isso também ocorre com as corporalidades gordas de modo geral, sobretudo diante do atual cenário de usual valorização social de diagnósticos. Considerando que já existe uma forte pressão social sobre os corpos femininos e que se reproduzem e também em relação às corporalidades gordas e sua saúde, os relatos indicaram que tais corporalidades dissidentes, que necessitariam ser “consertadas” pelas lentes biomédicas, acabam por ser responsabilizadas, culpabilizadas, julgadas e punidas por serem como são. Ao lado disso está a ideia de sujeito neoliberal responsável por si e profissionais que foram ensinados a “combater a obesidade” e, ao atender as gestantes que diagnosticam como “obesas”, podem demonstrar repúdio e desumanizá-las, na ótica “direitos humanos para humanos direitos”. Os direitos e necessidades das “tentantes” e gestantes gordas, portanto, podem ser anulados diante da “preocupação” biomédica com o bebê e com a população como um todo, que estaria “em guerra contra a obesidade”.

Desta forma, os sentimentos de medo, culpa e tristeza relatados pelas interlocutoras em face dos riscos informados e violências nos atendimentos de saúde surgiram atrelados ao entendimento biomédico que tem foco no corpo indivíduo-biológico e que não é isento de moralidades. Tendo em vista a gordofobia estrutural e os estigmas e moralidades relacionados às corporalidades gordas, tais como de que seriam pessoas irresponsáveis, que não se cuidam, etc, apresentar magreza e boa saúde segundo os parâmetros biomédicos pode se relacionar à ideia de disciplina, responsabilidade, de alguém que se cuida e seria mais capaz de cuidar de um filho, ao passo que uma gestante gorda poderia representar o oposto. Profissionais da saúde não estão isentos de preconceitos e julgamentos morais, e no caso do atendimento às pessoas gordas, isso fica em evidência. O foco, muitas vezes, recai na culpabilização e responsabilização individual da pessoa por ser gorda e estar grávida. Tendo em vista o que preceitua a justiça reprodutiva, no lugar de tal culpabilização, deveria haver escuta e compreensão da realidade social da pessoa gestante, levando-se em consideração diversos aspectos e marcadores que influenciam na saúde e nas condições para tê-la, e não apenas meros índices epidemiológicos.

Ao pensar nos sentidos e significados que são atribuídos ao corpo gordo a partir de um entendimento sobre obesidade nas experiências de mulheres que frequentam o SUS e outros serviços de saúde no Brasil e suas relações com o corpo gestante, essa composição “gestante-gorda”, portanto, indica um lugar de dupla patologização, tanto pelo corpo que engravida, quanto pelo corpo gordo, podendo tais corporalidades serem compreendidas como ruins, em risco, e ainda culpabilizadas e punidas. Existe, contudo, um corpo ideal para gestar, parir e maternar?

O ideal de gestação “magra” se apresentou na imagética e nas expectativas das gestantes que, embora gordas, almejavam ter um corpo de grávida idealizado, com barriga muito saliente e definida, indicando que desconheciam outras formas de demonstrar a gravidez. De fato, são raras as representações de corpos gordos gestantes nas mídias e encontrei relatos de que algumas delas não tiveram a gravidez identificada e não puderam usufruir de atendimentos preferenciais em filas e transportes públicos, por exemplo. Diante dessa invisibilização e patologização indiscriminada de gestações gordas, muitas delas demonstraram dúvidas sobre suas especificidades, tais como a barriga e seu formato, a possibilidade de conseguir

sentir o bebê mexer, se poderiam parir, dentre outras. Ainda, numerosos relatos indicaram que gestantes e “tentantes” gordas podem ser recebidas nos consultórios médicos e serviços de saúde com a ideia de que não poderiam existir da forma como são, pois deveriam ser magras para engravidar. Assim, gestantes gordas podem ser tratadas como se não pudessem existir, ao passo que tais corporalidades parecem inexistir também no imaginário social e na imagética de muitos. Até mesmo quando divulguei a pesquisa em busca de interlocutoras, muitas pessoas se mostraram confusas diante do título que falava em “gestantes gordas”. Desta forma, diante das diversas dúvidas das mulheres sobre possibilidades de vivenciar uma gestação com seus corpos gordos e suas peculiaridades, parece necessário que se conheçam e publicizem outras formas de gestar, parir e exercer a maternidade, para além dos modelos considerado “ideais”.

O ideal de maternidade “magra”, ainda, está distante da realidade brasileira, em que a maior parte da população com útero e que engravida não é considerada “magra” e “normal” nos termos do IMC, sobretudo as usuárias do SUS, pois ao considerar marcadores como raça e classe, o assunto toma ainda maior importância em termos sociais. As mulheres gordas, no Brasil, são principalmente pretas, de baixa renda e escolaridade, e justamente as que também teriam mais chances de sofrer com violência obstétrica e más práticas médicas e de saúde, podendo já estar em maior situação de vulnerabilidade e dispor de menos recursos para lidar com esses problemas. É importante, portanto, levar marcadores tais como classe social e raça em consideração quando se fala em “obesidade” e em gestação, sobretudo no Brasil, onde grande parte de população vive em situação de pobreza e insegurança alimentar. O marcador idade também é relevante, tendo em vista que existe um entendimento de “idade avançada” para poder gestar, que se associa à informação de riscos e patologização, juntamente com as condições de corpo gestante e gordo.

Assim, pensando-se em direitos reprodutivos atrelados a um modelo “ideal” de maternidade e de mulher, surgiu a magreza, ou o “não ser gorda”, como uma condição para circunscrever um ideal de saúde e normalidade exigido para uma gravidez, ao passo que o corpo gordo pode ser um marcador social a ser considerado ao se falar em gestação e saúde, tendo em vista os relatos de acessibilidade, gordofobia médica e obstétrica. O entendimento biomédico sobre obesidade, que, ao lado dos “riscos associados”, define quais corporalidades poderiam ou não gestar, pode se relacionar com violações a direitos humanos e



fundamentais, sobretudo no âmbito da saúde. Haja vista o preconceito que podem experimentar nos serviços de saúde, pode-se dizer que, em muitos casos, pessoas gordas não são tratadas e consideradas como sujeitos de direitos humanos e fundamentais, tendo direitos básicos negados. A acessibilidade (e ausência dela) surgiu como outra questão que pode influenciar nas experiências de gestações gordas e fazer parte da gordofobia obstétrica, uma vez que tem-se compreendido a gordofobia como uma forma de estigmatização estrutural e institucionalizada. A falta de macas para pessoas muito grandes, batas, aparelhos para exames adequados para seus corpos, e até mesmo de conhecimento quanto às técnicas mais apropriadas para anestesia e parto se apresentaram como outros fatores que podem gerar sofrimento e se relacionar a casos de violências.

Em relação aos partos em corporalidades gordas, as cirurgias cesarianas apareceram como mais recorrentes, em que pese na maioria dos casos possam não ser a melhor opção e possibilitem maiores riscos e complicações. A prevalência de cesáreas pode decorrer de indicação médica ou vontade das gestantes, influenciadas pelo entendimento biomédico de riscos e incapacidades de seus corpos. Embora muitas delas apresentem dúvidas sobre a possibilidade de realizar parto natural com corpo gordo, outros relatos demonstraram que mulheres muito gordas podem parir naturalmente, o que pode ser facilitado por meio de preparação para tanto com equipe multidisciplinar, criação de plano de parto, contratação de doula e com atendimentos e procedimentos que tenham foco no bem-estar da parturiente. Há de se questionar, ainda, o quanto os entendimentos de riscos podem dificultar o acesso a partos “humanizados”, a exemplo de Dandara, que não foi aceita no hospital onde desejava parir sob justificativa de que tinha comorbidades. Os relatos indicaram, ainda, que os riscos associados ao diagnóstico de “obesidade”, ao lado da culpabilização por tais condições, podem servir como um pretexto para retirar a autonomia das parturientes, tal como ocorreu com Dandara. Mais especificamente em relação aos partos realizados nos hospitais da rede pública do SUS, é exigido que tenham UTI para as gestantes cuja gravidez é denominada de alto risco, de modo que muitas delas precisam peregrinar e se deslocar a locais distantes para poder ter seus filhos. Ademais, a prática de indução do parto na 38<sup>a</sup> ou 39<sup>a</sup> semana nas gestações de “risco” com uso de soro com ocitocina parece ser outro fator que aumenta a realização de cesarianas de

urgência, por amplificar as dores e dificultar o parto natural, como foi o caso de Dandara e Nina.

No que tange aos atendimentos públicos do SUS, ainda, surgiram relatos diversificados, de boas e más práticas. Dandara expôs que seu parto no SUS foi terrível, e disse que os cuidados que recebia no pós-parto dependiam das equipes e mudavam conforme trocava o plantão. Nina, por sua vez, teceu vários elogios aos atendimentos recebidos. No entanto, nos relatos sobre acessibilidade, os hospitais públicos do SUS foram bastante indicados como desprovidos de bons aparelhos para realizar exames, principalmente ultrassom e cardiocografia fetal, surgindo como fatores que podem ocasionar sofrimento. Algumas gestantes relataram que preferiam pagar para fazer exames na rede privada do que realizar com os equipamentos e profissionais disponibilizados gratuitamente no SUS. Isso vai de encontro ao princípio da equidade, fundamental ao SUS, que prevê a existência de atendimentos com base no reconhecimento das características individuais e das necessidades específicas das pessoas. Aqui há de se falar em direitos e necessárias políticas públicas voltadas para adequar as estruturas a todas as pessoas, em vez de apenas combatê-las, tendo em vista, também, o princípio da integralidade, que prevê ações integradas para a prevenção e promoção de saúde em articulação com políticas públicas. E se, em vez de formular estratégias de “combate à obesidade” e à “obesidade materna”, se passasse a focar em garantir condições dignas de vida, cuidado e saúde também para essa parte da população, tendo em vista que ela existe e constitui grande parte das mulheres que engravidam no Brasil?

Esta pesquisa reforça a importância da produção de saberes localizados. Os relatos das experiências de mulheres gordas brasileiras indicam que existem questões importantes a se atentar ao falar em corpo gordo, saúde e gestação. Não me interessei por pesquisar saúde nos modelos do campo biomédico, focando na patologização destas pessoas ou de modo a reforçar estigmas. Meu intuito não é questionar se a gordura corporal é boa ou ruim, se mulheres deveriam fazer dietas ou não, engravidar ou não, ou como deveriam viver e experienciar seus corpos, mas sim analisar as experiências de mulheres gordas com os corpos que têm. Ao mudar as perguntas, encontrei também outras respostas e muitas outras questões. Nota-se que a invisibilização das corporalidades gordas existe também na área médica, que parece deixar de se preocupar em investigar como tratar das corporalidades gordas e gestantes, diante das demonstrações de desconhecimento por parte dos médicos

quanto às práticas de anestesia, cesariana etc. É urgente que se desenvolvam pesquisas na área da saúde com foco em melhorar as experiências de gestantes gordas e para que se criem aparelhos para realizar exames e técnicas de procedimentos adequados aos seus corpos.

Assim, partindo do posicionamento epistemológico do campo dos fat studies, fortaleceu-se a importância de uma revisão crítica quanto ao conhecimento produzido acerca de “obesidade”, que patologiza todos os corpos gordos de forma universal e em desconsideração de diversos fatores que influenciam no peso e saúde. Considero necessárias, desta forma, mais pesquisas que tratem das experiências vividas por pessoas com corporalidades consideradas dissidentes e gordas, uma vez que, partindo-se desta abordagem situada, é possível romper paradigmas e construir saberes que considerem as características individuais, culturais e a diversidade humana. Esta pesquisa pode ensejar outras, tanto nas ciências sociais, quanto em diferentes áreas de conhecimento, que poderiam envolver, por exemplo, experiências de ganho de peso considerável na gravidez, de processos de emagrecimento para engravidar e entendimentos sobre gordura corporal, maternidades e gestações em diferentes contextos, na busca por práticas de saúde mais humanas. São importantes mais investigações que tratem criticamente dos temas que envolvem corporalidades gordas, podendo englobar políticas públicas, direitos, e outros enfoques nas experiências vividas por sujeitos gordos em diferentes cenários. O mesmo se aplica ao conhecimento que se produz sobre gestação e entendimentos de saúde, sendo interessante que se ampliem e incluam experiências distintas que possam demonstrar questões políticas, sociais e culturais que influenciem nas condições das pessoas gestantes, para que se conheçam diferentes realidades e se possibilitem gestações consideradas dissidentes de maneira mais justa.

No âmbito jurídico, ainda há um longo caminho quando se fala em violência obstétrica e gordofobia, para garantir direitos humanos e fundamentais tanto de acessibilidade, quanto para repreender condutas violentas de gordofobia obstétrica. As formas de prevenção e proteção de casos de violência obstétrica, tendo em vista a possibilidade de que ocorra ao longo de toda a gestação, parto e puerpério, levando-se em consideração marcadores, tais como classe, raça e corpo, para que se possam realizar debates interseccionais e ampliar o conceito de justiça social reprodutiva se fazem urgentes. São necessárias políticas públicas nos diversos

âmbitos da área da saúde e da educação que tratem de informar sobre a gordofobia e diversidade dos corpos, e para garantir acessibilidade e práticas mais humanas e dignas. Essas corporalidades que não são vistas, que “não deveriam existir”, parecem inexistir também ao se criar políticas públicas com foco apenas em combatê-las, e não em garantir direitos e cuidados. E, sobretudo, necessário investir na formação de profissionais de saúde que sejam críticos e reflexivos às práticas de cuidados que oferecem aos seus pacientes, que situem seu conhecimento técnico desde contextos onde suas moralidades e modos de ver o mundo não funcionem como obliteração de atendimentos respeitosos e focados no bem-estar das pessoas.

Aos serviços e profissionais de saúde que prestam cuidados a pessoas gordas, portanto, surge a importância de se reconhecer que é possível bem viver em qualquer corpo. No entanto, caso apresentem “comorbidades”, ainda assim pessoas gordas devem fazer jus a atendimentos de saúde adequados e respeitosos. As interlocutoras valorizaram os atendimentos em que foram tratadas como seres humanos capazes de viver e existir no mundo como são. Conforme os relatos sobre o que significa ser uma pessoa gorda, existem indivíduos que se identificam dessa forma e, embora possam ter desejos de modificar o corpo e emagrecer, preferem priorizar a saúde e bem-estar, visto que as tentativas de emagrecimento não levaram a situações consideradas por elas saudáveis. Após uma vida inteira tentando obter um corpo magro, reconhecer outras formas de se dispor de saúde e desfrutar do corpo parece uma abordagem melhor do que resumir a pessoa a um corpo “obeso” e “doente”, que se encaixa em uma métrica e deveria ser modificado a qualquer custo. Ainda mais quando gestante, tendo em vista que se trata de um período já repleto de desafios e no qual o ideal é que a pessoa possa estar tranquila para gestar e parir com saúde, o que envolve a relação construída com o corpo ao longo da vida e também durante a gravidez. No entanto, muitos relatos indicaram que, embora saudáveis, pessoas gordas podem ser julgadas pelo peso nos serviços de saúde, demonstrando que são necessários entendimentos e práticas que respeitem a diversidade de corpos e considerem suas potencialidades, em vez de focar apenas em riscos, diagnósticos de doenças e culpabilização.

Tendo em vista que engravidar, ter filhos e constituir uma família pode fazer parte dos planos e desejos de muitas pessoas, como demonstrado pelas “tentantes” gordas que sonhavam em ser mães, o entendimento biomedicamente informado de que elas não seriam aptas para tanto é uma forma de definir que indivíduos gordos

não mereceriam existir. Os relatos indicaram que pessoas gordas podem ter muita dificuldade para atingir e manter um corpo magro, podendo ser mais saudável (e possível) permanecer com o corpo que se tem. Nina desejava muito ser mãe, mas ouviu da ginecologista “tu não me aparece grávida com esse peso!”. Assim, as informações de riscos podem se relacionar à ideia de que mulheres gordas deveriam sempre buscar obter um corpo magro para poder começar a viver, de modo similar a como habitualmente ocorre com mulheres “ocidentais”, que quando se preparando para eventos importantes da vida, tais como aniversários, casamentos, formaturas, viagens, etc, é usual que surja a necessidade de emagrecer para bem aproveitá-los, associando-se a magreza à ideia de felicidade/sucesso no futuro e a gordura corporal como algo indesejável. O mesmo pode acontecer com as mulheres que desejam engravidar, surgindo essa exigência de emagrecimento para que possam experienciar os eventos futuros da gestação e parto com sucesso. Se guiadas meramente pelos entendimentos biomédicos de riscos e doenças, todavia, mulheres gordas podem deixar de viver momentos importantes, a exemplo de serem mães e maternar, nessa expectativa de um dia conseguirem emagrecer para realizar seus sonhos e projetos de vida em um futuro magro hipotético (e possivelmente inatingível). Os dados a partir dos relatos de gravidezes gordas que geraram bebês saudáveis, no entanto, mostraram que “tentantes” diagnosticadas “obesas” nem sempre esperam emagrecer para poder começar a viver plenamente, indicando que existe a possibilidade de se desfrutar da vida com o corpo que se tem.

Pensar em um entendimento sobre gestação que esteja de acordo com a criação de um sistema de justiça social reprodutiva, portanto, que visa a proteção em saúde pública aos direitos sexuais e reprodutivos considerando a liberdade para se construir um projeto de vida digna e com condições dignas para parir e maternar, deve envolver uma ampliação epistemológica em relação à saúde, gordura corporal e gravidez, que considere que corpos são plurais e diversificados. Ao lado disso, devem haver condições de cuidado adequadas e os recursos necessários para que gestantes gordas também sejam vistas e consideradas de acordo com seus contextos e possibilidades, conforme indicam as histórias das interlocutoras. No caso, ainda, para além de se garantir o direito a engravidar, manter a gravidez e maternar ou não, deveria ser garantido o direito de nascer e crescer com dignidade, tendo em vista que a eliminação e deslegitimação das possibilidades reprodutivas de

mulheres gordas surge, também, como uma supressão e desinvestimento nas possibilidades biográficas gordas.

As informações de riscos relacionadas ao entendimento biomédico de “obesidade” surgiram como constantemente presentes nos relatos das interlocutoras e influenciaram na forma com a qual vivenciaram a gestação/parto, mas é interessante questionar em quais momentos eles são levados em consideração nas políticas públicas e nos serviços de saúde, pois também serviram para justificar violências, negligências e maus tratos às “tentantes” e gestantes, acabando até mesmo por colocar elas e seus bebês em riscos aumentados em alguns casos. Por outro lado, todas as interlocutoras com quem conversei tiveram gestações e bebês saudáveis, e, ainda que com alguma “comorbidade”, a exemplo de hipertensão, nenhuma delas apresentou complicações graves relacionadas às “comorbidades” ou aos riscos informados nas gestações sobre as quais conversamos. O mesmo foi constatado nos relatos on-line, que trouxeram muitos casos de gestações bem-sucedidas. Ademais, toda gravidez possui riscos, assim como existir! Dessa forma, embora não seja possível afirmar que toda gestação gorda será saudável e sem complicações, encontrei numerosos relatos de mulheres gordas maiores que não apenas engravidaram, mas também tiveram gestações e partos saudáveis - no caso de Dandara, ainda, teve covid-19 aos 7 meses de gravidez, antes de ter sido vacinada e com 150 kg, e se recuperou bem. Infelizmente, quase a totalidade delas não pôde desfrutar plenamente da gestação e parto, tendo em vista os medos e violências relacionados aos entendimentos e informações de riscos e as experiências de gordofobia obstétrica. Contudo, posso afirmar que mulheres em seus corpos gordos grávidos podem ser capazes de experienciar maternidades saudáveis, e trazê-las à cena visibiliza outras possibilidades de gestar, parir e maternar, abrindo caminhos para que se possam criar condições para legitimar e celebrar o potencial de outros corpos para bem viver, nascer e gerar vida.

## REFERÊNCIAS

- AKHTER, Z. et al. Pregnancy after bariatric surgery and adverse perinatal outcomes: A systematic review and meta-analysis. **PLoS medicine**, v. 16, n. 8, p. e1002866, 2019.
- ARANDA DELGADO, M. M. Devenir gorda. Proceso de identificaciones y afectaciones deseantes. **La Ventana**, v. 6, n. 54, p. 217–248, 2021. Disponível em: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-94362021000100217&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362021000100217&lng=es&nrm=iso). Acesso em 07 jun. 2023.
- ARRUDA, A. S. **O peso e a mídia: uma autoetnografia da gordofobia sob o olhar da complexidade**. 2019. Tese (Doutorado em Comunicação). – Programa de Pós-Graduação em Comunicação, Universidade Paulista – UNIP, São Paulo, 2019.
- BARROS, M. **Um lugar para ser gorda: afetos e erotismo na sociabilidade entre gordinhas e seus admiradores**. 2017. 136f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Gestante**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde [2022]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MjE2NQ==>. Acesso em: 26 abr. 2023.
- \_\_\_\_\_. **Manual de recomendações para a assistência à gestante e puérpera frente à pandemia de Covid-19** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
- BREWIS, A. A. et al. Body norms and fat stigma in global perspective. **Current anthropology**, v. 52, n. 2, p. 269–276, 2011.
- BRUNTON, P. A. et al. An intraoral device for weight loss: initial clinical findings. **British dental journal**, 2021.
- COOPER, C. **Fat and proud: Politics of size**. Londres, England: Women’s Press, 1998.
- COUZIN-FRANKEL, J. Obesity doesn’t always mean illhealth. Here’s what scientists are learning. **Science**, 2021. Disponível em: <https://www.science.org/news/2021/07/obesity-doesn-t-always-mean-ill-health-here-s-what-scientists-are-learning>. Acesso em: 11 set. 2021.
- DAVIDSON, M.; LEWIN, S. Dangerous bodies: Imagining, monitoring, and managing fatness during pregnancy. Em: **Bearing the Weight of the World**. [s.l.] Demeter

Press, 2018. p. 45–64.

\_\_\_\_\_. 7 Steps for a Body-Positive Pregnancy. **NEDA**, 2022. Disponível em: <https://www.nationaleatingdisorders.org/blog/steps-for-body-positive-pregnancy>. Acesso em: 21 jun. 2023

DUMIT, J. Writing the implosion: Teaching the world one thing at a time. **Cultural anthropology: journal of the Society for Cultural Anthropology**, v. 29, n. 2, p. 344–362, 2014.

FARRELL, A. E. **Fat shame: Stigma and the fat body in American culture**. Nova Iorque, NY, USA: New York University Press, 2011.

FERREIRA, V. A. et al. Desigualdade, pobreza e obesidade. **Ciencia & saude coletiva**, v. 15, n. suppl 1, p. 1423–1432, 2010.

FICHMAN, V. et al. Association of obesity and anovulatory infertility. **Einstein (Sao Paulo, Brazil)**, v. 18, p. eAO5150, 2020.

FISCHLER, C. **El omnivoro**. Porto, Portugal: Anagrama, 1995.

FONSECA, C. O anonimato e o texto antropológico: dilemas éticos e políticos da etnografia feita em "casa". In: SCHUCH, P.; VIEIRA, M. S.; PETERS, R. (Org.). **Experiências, dilemas e desafios do fazer etnográfico contemporâneo**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010. p. 205-227.

FONSECA, C.; CARDARELLO, A. Direitos dos mais e menos humanos. **Horizontes Antropológicos**, v. 5, n. 10, p. 83–121, 1999.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 8a ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989.

\_\_\_\_\_. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense; 2004

\_\_\_\_\_. **Vigiar e Punir: Nascimento da Prisão**. Trad. Raquel Ramallete. Petrópolis: Vozes, 1987.

GAMA, B. K. G. **"Anorexia? Não, olha seu tamanho": anorexia nervosa "atípica" em mulheres gordas**. 2020. 118f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

GOFFMAN, E. **Estigma**. 4 ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.

GROSFUGUEL, R. A estrutura do conhecimento nas universidades ocidentalizadas: racismo/sexismo epistêmico e os quatro genocídios/epistemicídios do longo século XVI. **Sociedade e Estado**, v. 31, n. 1, p. 25–49, 2016.



HARAWAY, D. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos pagu**, n. 5, p. 7-41, 1995.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal**: Brasil e grandes regiões. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE; 2020. 113p.

JIMENEZ-JIMENEZ, M. L. **Lute como uma gorda: gordofobia, resistências e ativismos**. 2020. Doutorado (Programa de Pós Graduação em Estudos de Cultura Contemporânea – ECCO) – Faculdade de Comunicação e Artes da Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT. Cuiabá, MT, Brasil.

\_\_\_\_\_. Mulheres gordas: gordofobia e falta de acessibilidade como questão moral. **Anais V Desfazendo Gênero**. Campina Grande: Realize Editora, 2021. Disponível em: <<https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/79122>>. Acesso em: 21 jun. 2023.

KULICK, D. Animais gordos e a dissolução da fronteira entre as espécies. **Mana**, v. 15, n. 2, p. 481–508, 2009.

KULICK, D.; MENELEY, A. **Fat: The anthropology of an obsession**. New York: Jeremy P. Tarcher/Penguin, 2005.

KULICK, D.; MACHADO-BORGES, T. "Leaky." Em: KULICK, D.; MENELEY, A. **Fat: The Anthropology of an Obsession**. New York: Jeremy P. Tarcher/Penguin, 2005.

LINS, B. A., PARREIRAS, C., & FREITAS, E.T. de. Estratégias para Pensar o Digital. **Cadernos de Campo (São Paulo - 1991)**, v.29, n.2, p. e181821, 2020.

LUPTON, D. **Fat**. 2. ed. Londres, England: Routledge, 2018.

MACEDO, F. DOS S. DE; MOUTIAN, I.; MACHADO, P. S. O cuidado com gestantes que usam drogas: análise de práticas em políticas públicas de saúde no Sul do Brasil. **Physis (Rio de Janeiro, Brazil)**, v. 31, n. 2, 2021.

MALAVÉ, M. Obesidade Gestacional: uma situação de alerta. **Fiocruz**, 2019. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/obesidade-gestacional-uma-situacao-de-alerta#:~:text=Quando%20uma%20mulher%20gr%C3%A1vida%20%C3%A9,superior%20a%2030%20kg%2Fm2>. Acesso em: 21 fev. 2022.

MCPHAIL, D. et al. Wombs at risk, wombs as risk: Fat women's experiences of reproductive care. **Fat studies**, v. 5, n. 2, p. 98–115, 2016.

MICHELAT, G. Sobre a utilização da entrevista não-diretiva em sociologia. In: THIOLENT, Michel. **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária**. São Paulo: Polis, 1980

MITCHELL, A. *"Pissed Off."* Em: :KULICK, D.; MENELEY, A. **Fat: The Anthropology of an Obsession**. New York: Jeremy P. Tarcher/Penguin, 2005.

NAIGAGA, D. A. et al. Body size perceptions and preferences favor overweight in adult Saharawi refugees. **Nutrition journal**, v. 17, n. 1, 2018.

NAKAMURA-PEREIRA, M. et al. COVID-19 and maternal death in Brazil: An invisible tragedy. **Revista brasileira de ginecologia e obstetricia: revista da Federacao Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetricia**, v. 42, n. 8, p. 445–447, 2020.

NASCIMENTO, S. DE S. O corpo da antropóloga e os desafios da experiência próxima. **Revista de antropologia**, v. 62, n. 2, p. 459–484, 2019.

OLIVEIRA, J. L. **Corpo, medicina e ciência na literatura de autoajuda: sentidos e modos de intervenção na gordura corporal**. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

PAIM, M. B.; KOVALESKI, D. F. Análise das diretrizes brasileiras de obesidade: patologização do corpo gordo, abordagem focada na perda de peso e gordofobia. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190227>. Acesso em: 8 set. 2021.

PANDEY, S. et al. The impact of female obesity on the outcome of fertility treatment. **Journal of human reproductive sciences**, v. 3, n. 2, p. 62–67, 2010

PARKER, G.; PAUSÉ, C. Productive but not constructive: The work of shame in the affective governance of fat Pregnancy. **Feminism & psychology**, v. 29, n. 2, p. 250–268, 2019.

PARKER, G. A mother of a problem. Em: **Routledge Handbook of Critical Obesity Studies**. London: Routledge, 2021. p. 226–235.

\_\_\_\_\_. Mothers at large: Responsibilizing the pregnant self for the “obesity epidemic”. **Fat studies**, v. 3, n. 2, p. 101–118, 2014.

\_\_\_\_\_. **“Mothers at Large: Governing Fat Pregnant Embodiment”**. Dissertação. University of Auckland, 2019.

PAUSÉ, C. BATUKA: introdução aos Fat Studies. **CAOS – Revista Eletrônica de Ciências Sociais**. João Pessoa, v. 1, n. 28, p. 65-94, jan./jun. 2022.

PEIRANO, M. **A Favor da Etnografia**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995.

PINHEIRO, T. da LF et al. Associação entre etnia e sobrepeso/obesidade populacional no Brasil. **Medicina (Ribeirão Preto)** [S.l.], v. 56, n. 1, p. e-198948, 2023.

POULAIN, J. P. **Sociologia da Obesidade**. São Paulo: Senac, 2013.

PRATES, M. P. FLUXOS DE UMA ANTROPOLOGIA EM ESPAÇOS ERRANTES: CORPO, DOENÇA E SAÚDE. Em: **Direitos Humanos e Saúde** - Volume 2 (pp.27-46). Porto Alegre, RS: Editora da UFCSPA, 2019.

PRATES, M. P et al. Modos imaginativos e colaborativos de fazer pesquisa: dispositivos e disposições com cuidado. **Saúde e Sociedade**, v. 31, n. 4, p. e220450pt, 2022.

PUHL, R. M. et al. The roles of experienced and internalized weight stigma in healthcare experiences: Perspectives of adults engaged in weight management across six countries. **PloS one**, v. 16, n. 6, p. e0251566, 2021.

PUHL, R.; SUH, Y. Health consequences of weight stigma: Implications for obesity prevention and treatment. **Current obesity reports**, v. 4, n. 2, p. 182–190, 2015.

RANGEL, N. F de A. **O ativismo gordo em campo: política, identidade e construção de significados**. 2018. 162 p. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política, Florianópolis, 2018.

RIAL, C. S. de M. Roubar a alma: ou as dificuldades da restituição. **Tessituras**, Pelotas, v. 2, n. 2, p. 201-212, jul./dez. 2014.

ROCHA, A. L. C.; ECKERT, C. Etnografia: saberes e práticas. In: **Ciências Humanas: pesquisa e método**. Porto Alegre: Editora da Universidade, 2008.

ROHDEN, F. “Considerações teórico-metodológicas sobre objetos instáveis e ausências presentes: analisando processos de materialização do desejo feminino”. Em: SEGATA, J; RIFIOTIS, T. **Políticas etnográficas no campo da ciência e das tecnologias da vida**. 1. ed. Porto Alegre: EDUFRGS, 2018. p. 135-158.

ROSE, N. **The politics of life itself: Biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century**. Princeton, NJ, USA: Princeton University Press, 2007.

ROSS, L.; SOLINGER, R. **Reproductive Justice: An Introduction**. Oakland: University of California Press, 2017.

RUBINO, F. et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. **Nature medicine**, v. 26, n. 4, p. 485–497, 2020.

SANDERS, R. The color of fat: racializing obesity, recuperating whiteness, and

reproducing injustice. **Politics, groups & identities**, v. 7, n. 2, p. 287–304, 2017.

SANTOLIN, C. B.; RIGO, L. C. O NASCIMENTO DO DISCURSO PATOLOGIZANTE DA OBESIDADE. **Movimento (ESEFID/UFRGS)**, v. 21, n. 1, p. 81, 2015.

SANTOLIN, C. B. **O nascimento da obesidade: um estudo genealógico do discurso patologizante**. 2012. 173 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2012.

SHAW, A. E. **The embodiment of disobedience: Fat black women's unruly political bodies**. Lanham, MD, USA: Lexington Books, 2006.

SILVA, J. C et al. Obesidade materna e suas consequências na gestação e no parto: uma revisão sistemática. **Femina**;42(3):135-140, maio-jun. 2014.

SILVA, L. P. "**É o meu corpo que sustenta as minhas ideias**": **Corpo, comida e saúde na voz da militância gorda**. 2019. Dissertação (Mestrado em Estudos Culturais) - Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019. doi:10.11606/D.100.2019.tde-06112019-160145. Acesso em: 21 nov. 2021.

SILVESTRIS, E. et al. Obesity as disruptor of the female fertility. **Reproductive biology and endocrinology: RB&E**, v. 16, n. 1, 2018.

STRINGS, S. **Fearing the black body: The racial origins of fat phobia**. Nova Iorque, NY, USA: New York University Press, 2019.

URIARTE, U. M. O que é fazer etnografia para antropólogos, **Ponto Urbe**, n. 11, 1 dez. 2012.

VELHO, G. Observando o familiar. In: VELHO, G. **Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea**. Rio de Janeiro: Zahar, 1987.