



CAPÍTULO 1

“FIRST DO NO HARM”: ESTIGMA DE PESO EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Pedro Henrique Berbert de Carvalho

Thainá Richelli Oliveira Resende

Pontos-chave

- O estigma de peso refere-se à discriminação e preconceito direcionados a pessoas com base no seu peso ou tamanho corporal, incluindo atitudes negativas, estereótipos e discriminação.
- O estigma de peso pode manifestar-se em diversos contextos, como no local de trabalho, interações sociais, e particularmente, em ambientes de saúde.
- Estudos apontam que o estigma de peso pode levar à baixa autoestima, ansiedade, depressão, transtornos alimentares, isolamento social, perda de emprego, dificuldades para buscar tratamento médico, e aumento do peso corporal.

INTRODUÇÃO

A obesidade é uma condição crônica e progressiva caracterizada por um índice de massa corporal (IMC) superior a 30 kg/m² e definida por um acúmulo anormal ou excessivo de gordura corporal¹. Esta condição afeta aproximadamente 38% da população adulta mundial, e estima-se que a obesidade alcance mais da metade da população global até 2035². A vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico no Brasil³ indica que 55,4% dos brasileiros possuem excesso de peso (IMC igual ou superior a 25 kg/m²), sendo que deste percentual, 19,8% são pessoas com obesidade.

Além de seu impacto econômico — estimado em cerca de dois bilhões de dólares em 2020 e previsto para dobrar até 2035 — a obesidade compromete significativamente a saúde e a produtividade dos indivíduos⁴. Trata-se de um fator

de risco para condições crônicas, incluindo doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2 e certos tipos de câncer⁴. Assim, a obesidade constitui um importante problema de saúde pública⁴.

Os tratamentos tradicionais para a obesidade concentram-se em estratégias para perda de peso por meio de intervenções comportamentais intensivas voltadas para a prática de dieta e exercício físico. Contudo, tais programas apresentam em geral benefícios apenas em curto prazo, sendo frequentemente não sustentáveis⁵. Entre 30% e 50% das pessoas participantes de programas intensivos de mudança comportamental para perda de peso não alcançam sequer a perda sustentada de 5% do peso corporal⁵. A maior parte destes participantes apresenta reganho de um terço do peso corporal perdido após um ano de tratamento⁵. Ademais, há grande percentual de pessoas com obesidade que abandonam o tratamento⁵.

Estes resultados possuem relação com a etiologia multifatorial da obesidade. Fatores psicossociais, por exemplo, implicam diretamente na dificuldade do manejo do peso, como distúrbios de imagem corporal, problemas com a autoestima e o estresse⁶. Entre estes fatores, destaca-se o estigma de peso como uma dimensão crítica, porém pouco explorada, que influencia tanto os desfechos psicológicos quanto os físicos⁶.

ESTIGMA DE PESO

Apesar do aumento da prevalência da obesidade nas últimas décadas, o estigma e a discriminação contra indivíduos com obesidade continuam sendo comuns⁶. Conceitualmente, o estigma de peso é definido como a discriminação e o preconceito contra pessoas com sobrepeso ou obesidade⁶. É um tipo de preconceito que se manifesta em várias formas, como comentários negativos, exclusão social, discriminação no local de trabalho e em ambientes de saúde, e representações negativas na mídia⁶. Pessoas com obesidade comumente são desvalorizadas e reduzidas a certas características comportamentais, de qualidades morais e principalmente guiadas pela aparência física⁷. É frequentemente descrita como preguiçosa, fraca, desleixada, pouco atraente, sem motivação, sem vaidade e disciplina, e subsequentemente, é culpabilizada pelo seu peso, sendo esta culpabilização muito maléfica para a pessoa⁶.

Na sociedade contemporânea, a obesidade é uma condição discrepante de padrões culturais, nos quais a idealização de beleza se manifesta pela busca constante e incessante de um corpo ideal, magro e saudável, não admitindo nenhum tipo de imperfeição, como o excesso de gordura corporal⁸. Teorias de natureza sociocultural mencionam o papel dos ideais corporais e identificam as expectativas e vivências sociais comuns a certos grupos culturais, no desenvolvimento da imagem corporal e

nos transtornos relacionados a ela⁹. Especialmente, as sociedades ocidentais definem o que é bom e belo, promovendo a magreza como sinônimo de beleza, resultando na valorização da magreza e na rejeição contundente da obesidade⁹.

Há uma década, a primeira pesquisa que comparou a prevalência da discriminação percebida com base no peso a outras formas de discriminação (por exemplo, devido ao gênero, raça/etnia, orientação sexual, deficiência, entre outras), em uma amostra representativa nacional dos Estados Unidos da América, identificou que a discriminação por peso era a terceira forma mais comum de discriminação relatada por mulheres e a quarta mais comum entre os homens^{10,11}.

Em tese, classificar a obesidade como doença poderia aumentar a atenção e os recursos estruturais dedicados a seu tratamento e prevenção¹², bem como poderia reduzir o estigma do peso, em consequência da diminuição da culpabilização individual¹³. Contudo, o que se observa é um cenário oposto. O estigma de peso tem aumentado juntamente com o número de pessoas com obesidade^{6,10}. O estigma de peso tem sido produzido, principalmente, por profissionais de saúde que atendem pessoas com obesidade e que usam o peso como marcador da mesma¹⁴; o que tem levado a comentários sobre o peso não solicitados, ignorando outros problemas de saúde que o indivíduo possa apresentar e demais atitudes estigmatizadoras¹⁴.

Estudo brasileiro analisou o documento “*Diretrizes Brasileiras de Obesidade*” publicado pela ABESO (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica), que é uma sociedade multidisciplinar sem fins lucrativos e que reúne diversas categorias profissionais envolvidas com o estudo da obesidade, da síndrome metabólica e dos transtornos alimentares¹⁵. A análise envolveu a reflexão sobre o modo como os documentos de saúde acabam por justificar e reproduzir a “gordofobia” (preconceito, estigmatização e aversão englobados por meio de uma opressão estrutural na sociedade que atinge as pessoas gordas), o que se reflete nas políticas públicas, nos serviços de saúde e na prática profissional¹⁵.

Os autores concluem que existe nas diretrizes um discurso que reforça a saúde inerente aos corpos magros, que reproduz estereótipos relacionados ao corpo gordo e que relaciona diretamente os quilos perdidos com melhor nível de saúde¹⁵. O documento não apresenta como estas recomendações repercutem no cotidiano das pessoas e quais são os efeitos adversos diante dessa forma de zelar pela saúde que perpassa o emagrecimento a qualquer custo. Para os autores, “é preciso avaliar as práticas agressoras ao corpo que acompanham esse percurso de alcançar o corpo considerado saudável e os possíveis efeitos contraproducentes dessa abordagem”¹⁵.

CONSEQUÊNCIAS DO ESTIGMA DE PESO

O estigma de peso tem sido consistentemente associado a comportamentos prejudiciais à saúde relacionados ao peso, frequentemente de forma independente do peso corporal real ou do IMC do indivíduo^{6,16}. Revisão de literatura sobre a relação do estigma de peso e o comportamento alimentar encontrou evidências consistentes de associações entre experiências de estigma de peso e comportamentos alimentares não saudáveis, como compulsão alimentar, comportamentos prejudiciais de controle de peso, comer excessivo por razões emocionais e outros distúrbios alimentares¹⁷.

Um estudo com adultos norte-americanos constatou que a discriminação baseada no peso estava associada a comer em excesso, maior frequência no consumo de alimentos industrializados e menor regularidade nos horários das refeições, com associações semelhantes observadas entre diferentes sexos, idades e raças/etnias¹⁸. Estudos experimentais também apontam evidências consistentes dos efeitos adversos do estigma de peso sobre as escolhas e os comportamentos alimentares⁶.

Em geral, estudos experimentais sobre o estigma de peso realizam a exposição dos participantes a conteúdos estigmatizantes (por exemplo, artigos ou vídeos com teor discriminatório), ativação de estereótipos negativos relacionados ao peso nos participantes ou manipulação de situações de ostracismo, nas quais os participantes enfrentam rejeição social devido ao seu peso. Na sequência, os participantes são avaliados a fim de verificar o impacto dessas manipulações nos comportamentos alimentares. De modo geral, as manipulações experimentais resultam em aumento da ingestão alimentar entre os participantes⁶. Interessante observar que o IMC não se mostra um moderador consistente desses achados, evidenciando o impacto adverso do estigma de peso sobre o comportamento alimentar, independentemente do IMC⁶.

Outro aspecto impactado pelo estigma de peso é a prática de exercício físico. Estudo de base populacional conduzido na Inglaterra demonstrou que a discriminação percebida com base no peso foi associada a uma probabilidade 59% maior de inatividade física e 30% menor de engajamento em atividades físicas moderadas ou vigorosas, independentemente do IMC¹⁹. Em pessoas em tratamento para a obesidade, submetidas à cirurgia bariátrica, o estigma de peso foi associado à redução do exercício físico por meio da evitação de exercícios²⁰. Aqueles com níveis mais elevados de estigma apresentaram maior probabilidade de evitar a prática de exercícios e serem menos fisicamente ativos²⁰.

Não surpreendentemente, provocações relacionadas ao peso na escola e/ou durante a prática de exercício físico têm implicações negativas para a motivação e o comportamento em relação ao exercício entre jovens²¹. Em uma pesquisa com estudantes do ensino fundamental, após controle das características demográficas, os estudantes que relataram ter sido provocado por seu peso apresentaram menor autoconceito, menor auto-eficácia em atividade física e níveis mais baixos de aptidão física em comparação com os colegas que não foram alvo de provocações²¹.

Esses efeitos psicológicos e comportamentais negativos, incluindo maior frequência de episódios de compulsão alimentar e menor prática de exercício físico, colocam pessoas com obesidade em maior risco de desenvolver doenças cardiovasculares, diabetes e acidente vascular cerebral²². De fato, um número crescente de pesquisas tem examinado as formas pelas quais a discriminação baseada no peso pode desencadear respostas fisiológicas ao estresse que comprometem o controle neuroendócrino dos comportamentos de saúde e contribuem para o aumento da adiposidade e para o risco elevado de comorbidades cardiovasculares e metabólicas associadas à obesidade¹⁶.

Estudo experimental expôs mulheres a uma situação de estigmatização baseada no peso, na qual foi dito às participantes que seu peso corporal estava visível, ou não visível, para outras pessoas. Os resultados mostraram que o IMC mais elevado estava associado a maiores aumentos na pressão arterial apenas entre as participantes que acreditavam que seu peso corporal era visível para os outros, mas não quando acreditavam que seu peso não estava visível²³. De forma semelhante, outro estudo com mulheres com sobrepeso e obesidade indicou que experiências mais frequentes de discriminação baseada no peso estavam associadas à maior pressão arterial e estresse oxidativo, independentemente da adiposidade corporal²⁴.

Com o conhecimento de que o estresse fisiológico elevado contribui para o aumento da adiposidade e para a elevação dos fatores de risco para comorbidades associadas à obesidade, é fundamental considerar o estigma de peso no contexto de saúde. Estudo experimental que investigou a reatividade do cortisol em resposta à estigmatização baseada no peso demonstrou maior reatividade do cortisol, tanto em mulheres com sobrepeso, quanto naquelas sem sobrepeso²⁵, indicando relação entre a experiências de estigma de peso e o estresse fisiológico. Em conjunto, essas evidências sugerem um papel singular do estigma de peso nas respostas bioquímicas ao estresse, demonstrando associações entre experiências mais frequentes de estigma de peso e marcadores de ativação do eixo hipotálamo–hipófise–adrenal e de estresse oxidativo, mesmo após o controle para adiposidade⁶.

Por fim, é preciso destacar outra consequência danosa do estigma de peso sobre o peso corporal e a obesidade, que é o ganho de peso. Evidências atuais indicam que o estigma de peso está associado diretamente ao ganho de peso⁶. Estudo, usando como base dados do *Health and Retirement* e do *English Longitudinal Study of Ageing* constatou que, independentemente do IMC basal e de fatores demográficos, adultos que vivenciaram discriminação baseada no peso apresentaram probabilidade significativamente maior de fazer a transição de sobrepeso para obesidade (e, em alguns casos, permanecer na categoria de obesidade) em comparação com adultos que não vivenciaram discriminação relacionada ao peso²⁶. Estes dados convergem com uma pesquisa que apontou que, independentemente do IMC

basal, em comparação com adultos que não tiveram experiências de discriminação relacionada ao peso, àqueles que relataram experiências de discriminação de peso (mas não de outras formas de discriminação, como raça, aparência ou orientação sexual) apresentaram probabilidade 2,5 a 3 vezes maior de se tornarem obesos ou permanecerem obesos, respectivamente²⁷.

Evidência aponta que a associação entre estigma de peso e ganho de peso pode persistir da adolescência até a vida adulta²⁸. Estudo de coorte longitudinal com adolescentes participantes do *Project Eating and Activity in Teens and Young Adults*, constatou que provocações relacionadas ao peso na adolescência estavam associadas à maior IMC e obesidade 15 anos depois, quando os participantes estavam na faixa dos 30 anos, mesmo após ajustes para idade, raça/etnia, nível socioeconômico e estado nutricional basal²⁸.

O modelo cíclico de obesidade/estigma baseado no peso de Tomiyama²⁹ propõe que o estigma de peso contribui para o ganho de peso em um ciclo: o estigma é caracterizado como um fator estressor que desencadeia respostas psicológicas (vergonha, avaliações de estresse), comportamentais (aumento da ingestão alimentar) e fisiológicas (por exemplo, elevação do cortisol), que podem contribuir para o ganho de peso e interferir na perda de peso, reiniciando assim o ciclo (ver Figura 1). Logo, esse modelo caracteriza o estigma de peso como um “círculo vicioso” — um *loop* de retroalimentação no qual o estigma de peso gera ganho de peso.

Apesar de a perda de peso estar relacionada a importantes ganhos em aspectos da saúde de pessoas com obesidade, diversas pessoas encontram problemas para obter perda de peso, como já descrito anteriormente. Logo, identificar fatores ou barreiras para a perda de peso efetiva, e sustentada, é uma tarefa importante e que tem suas implicações clínicas. Estudos sugerem que o estigma de peso pode influenciar as decisões das pessoas em buscar metas de perda de peso mais ambiciosas e contribuir para a decisão de recorrer à cirurgia bariátrica¹⁶.

Figura 1 – O círculo vicioso do estigma de peso.



Fonte: Adaptado de Tomiyama (2014)²⁹.

Por exemplo, uma pesquisa observou que adultos em um programa de perda de peso online que apresentavam maior medo do estigma de peso tiveram menor perda de peso ao longo de três meses, mesmo após controle para características demográficas basais, patologias alimentares, sintomas psicológicos e IMC³⁰. Em um estudo com adultos em cuidados primários, em comparação com pacientes que perceberam tratamento respeitoso por parte de seus profissionais de atenção primária, aqueles que se sentiram julgados pelos profissionais devido ao seu peso tiveram menor probabilidade de alcançar uma perda de peso $\geq 10\%$ ³¹.

Evidências são consistentes ao apontar os diversos efeitos deletérios do estigma de peso. Revisão sistemática com metanálise³² identificou que o estigma de peso está associado, em magnitude moderada a alta, com pior saúde mental, incluindo: maior insatisfação corporal, pior qualidade de vida, elevados sintomas depressivos, maior frequência de comportamentos alimentares transtornados, elevados sintomas ansiosos, e aumento no estresse psicológico. Ademais, o estigma de peso também apresentou associação com pior autoestima, menor autoconceito e diminuído bem-estar geral³².

Tomados em conjunto, os dados permitem afirmar que o estigma de peso é um problema de saúde pública tão relevante quanto, e associado à obesidade. Os efeitos nocivos do estigma de peso incluem não apenas a piora do bem estar psicológico e social, mas incluem alterações fisiológicas e metabólicas que aumentam os riscos para a saúde. Entre essas, destaca-se o ganho de peso e a dificuldade para a perda de peso, efeito contrário ao que se deseja em estratégias de prevenção e tratamento para a obesidade.

Esse dado se torna mais crítico ao observar por meio de pesquisas científicas que o estigma de peso é comum em ambientes de saúde^{33,34}.

ESTIGMA NO CONTEXTO DE SAÚDE

Muitos profissionais de saúde mantêm atitudes negativas e estereótipos em relação a pessoas com obesidade³⁴. Experiências ou expectativas de tratamento inadequado podem gerar estresse e evitação do cuidado, desconfiança em relação aos médicos e baixa adesão por parte de pacientes com obesidade³⁴. O estigma pode reduzir a qualidade do cuidado prestado a esses pacientes, apesar das melhores intenções dos profissionais de saúde em oferecer um atendimento de alta qualidade.

O estigma de peso é perpetrado por médicos da atenção primária, endocrinologistas, cardiologistas, enfermeiros, nutricionistas e estudantes de medicina, incluindo atitudes que consideram pacientes com obesidade como preguiçosos, carentes de autocontrole e força de vontade, pessoalmente responsáveis por seu peso, não aderentes ao tratamento e alvos merecedores de humor depreciativo³⁵. Mulheres com obesidade consideram os médicos como uma das fontes mais frequentes de estigma de peso que elas encontram em suas vidas³⁶.

Quando pacientes com obesidade vivenciam preconceito relacionado ao peso em um contexto médico, eles têm maior probabilidade de cancelar consultas e evitar cuidados preventivos futuros, o que, em última análise, aumenta seus riscos médicos e os custos com saúde^{37,38}.

Diante dessas constatações, não é surpreendente que algumas pessoas com obesidade relatam falta de empatia por parte dos profissionais de saúde, sintam-se culpabilizadas pelo seu peso, fiquem chateadas com comentários feitos por esses profissionais sobre o seu peso e apresentem relutância em discutir suas preocupações relacionadas ao peso em razão de experiências negativas anteriores³⁵.

Um estudo brasileiro avaliou a existência de preconceito em relação aos indivíduos obesos por parte dos estudantes de Nutrição³⁹. Os resultados apontaram que o peso do paciente influenciou o tempo de atendimento, percepções, condutas e estratégias de tratamento. Foram identificados preconceitos e atitudes negativas dos estudantes diante dos pacientes com obesidade. As autoras concluem que "é recomendável que a temática do preconceito, estigma e discriminação em relação aos indivíduos obesos e à obesidade seja incluída nos cursos de graduação em nutrição, bem como em espaços de educação de profissionais de saúde"³⁹.

Não apenas em estudantes de nutrição brasileiros foram encontradas atitudes discriminatórias e estigma de peso. Estudo conduzido com estudantes da área da saúde (isto é, Educação Física, Nutrição, Fisioterapia, Farmácia, Odontologia e

Medicina) apontou que aproximadamente 40% destes estudantes possuem atitudes anti-obesidade⁴⁰. Atitudes mais negativas foram observadas em estudantes que avaliaram vinhetas de pacientes com sobrepeso e baixo peso, em comparação àqueles expostos a vinheta de paciente com eutrofia⁴⁰. Os autores também destacam que devido aos impactos conhecidos do estigma de peso, são necessários esforços para abordar essa questão durante a formação de estudantes de graduação na área da saúde⁴⁰.

Em suma, a promoção de abordagens centradas na pessoa, o uso de linguagem não estigmatizante e a valorização de marcadores de saúde que ultrapassem o peso corporal são estratégias que favorecem o cuidado ético, inclusivo e sustentável no campo da saúde¹⁶.

ABORDAGENS PARA REDUZIR O ESTIGMA DE PESO

Apesar de serem explícitas as implicações sociais, psicológicas, fisiológicas e culturais da estigmatização de peso, a adoção de padrões ideais irrealistas da sociedade para corpos se mostra em ascensão, juntamente com as taxas de obesidade clínica e pré-clínica. Portanto, o combate ao estigma de peso se mostra um paradigma relevante a ser considerado em estratégias no cuidado em saúde. Em 2015, a Organização Mundial da Saúde (OMS)⁴¹, reforçou a importância de rever os paradigmas de prestação de cuidados centrados na pessoa, integrando indivíduos, famílias e comunidades. Seu objetivo consistiu na divulgação de estratégias em nível global para serviços integrados de saúde centrados nas pessoas para os anos de 2016 a 2026. Dentre essas estratégias, é enfatizada a importância de mudar os serviços de saúde baseados em modelos biomédicos de realização de cuidados para uma prática clínica centrada na pessoa⁴¹.

Essa perspectiva abrange fortemente a necessidade de reduzir práticas nas quais a pessoa com obesidade enfrenta em detrimento da sua condição, como o estigma de peso. Ações como a linguagem não estigmatizante e atenção ao bem-estar em vez do peso podem ser incluídas em serviços de saúde, como: 1) promover percepções positivas de indivíduos com obesidade: quando os indivíduos recebem informações sobre a obesidade como uma doença complexa com múltiplas causas (genéticas, biológicas e aspectos não controláveis), suas atitudes negativas diminuem; 2) ampliar o conhecimento: profissionais com maior conhecimento em tratamento da obesidade oferecem cuidados mais abrangentes e tratam os pacientes com confiança; 3) entender o ponto de vista do paciente: os pacientes podem ter um longo histórico de experiências negativas com profissionais de saúde em ambientes de consultório sem apoio; eles também podem ter tentado perder peso repetidamente e se sentir frustrados ao tentar novamente; 4) entrevista motivacional: essa estratégia eficaz, vista pelos pacientes como menos ameaçadora, está associada à maior adesão e

aos resultados dos pacientes; 5) demonstrar respeito e compaixão: os profissionais precisam se comunicar com os pacientes de forma respeitosa e compassiva⁴²⁻⁴⁴.

Além disso, intervenções educativas e movimentos sociais vêm apresentando benefícios contra a estigmatização de peso e aumento da promoção da saúde. Destaca-se a abordagem “*Health at Every Size*” (HAES)⁴⁵, no português: “Saúde em todos os tamanhos”, proposta para abordar o preconceito e o estigma relacionados ao peso em indivíduos que vivem com obesidade e, mais recentemente, articulada como uma abordagem promissora de saúde pública, que vai além do foco predominante no status do peso como um resultado de saúde. A abordagem defende que a promoção da saúde deve ser acessível e aplicável a todos os corpos, independentemente de sua forma ou tamanho⁴⁵. Dentre seus princípios destaca-se a aceitação corporal (reconhecimento e valorização do próprio corpo, independentemente de seu tamanho, forma ou aparência), o comer intuitivo (abordagem que incentiva as pessoas a se reconectarem com os sinais naturais de fome e saciedade do corpo, em vez de seguir regras externas, como dietas restritivas), movimento prazeroso (conexão entre o corpo, a mente e as sensações prazerosas que surgem durante o exercício físico) e combate ao estigma — mostram que é possível melhorar indicadores de saúde sem centrar o cuidado exclusivamente no emagrecimento⁴⁵.

A abordagem HAES tem sido investigada em diferentes contextos clínicos e comunitários, principalmente em grupos de mulheres com elevado peso corporal. Bacon et al.⁴⁶ em um ensaio clínico randomizado, realizado nos Estados Unidos, comparou um grupo submetido a uma intervenção baseada na HAES e outro grupo submetido a uma dieta tradicional de restrição calórica. Ambos em mulheres adultas (idade entre 30 e 45 anos), com obesidade. O grupo HAES apresentou maior melhora na autoestima, redução de comportamentos de comer transtornado, maior adesão a práticas de exercícios físicos prazerosos e manutenção da saúde metabólica em longo prazo⁴⁶. O grupo de dieta mostrou perda de peso inicial, mas recuperação posterior, além de maior abandono do programa. De modo geral, a HAES promoveu benefícios sustentáveis de saúde física e psicológica sem foco no emagrecimento⁴⁶.

De forma semelhante e complementar, Provencher et al.⁴⁷, no Canadá, avaliou os efeitos de uma intervenção HAES sobre comportamentos alimentares, sensações de apetite, variáveis metabólicas e antropométricas e níveis de exercício físico em mulheres (idade média de 42,3, desvio padrão de 5,6 anos) com sobrepeso/obesidade na pré-menopausa, em 6 meses e 1 ano após a intervenção. A eficácia foi comparada com um grupo de apoio social e grupo controle. Os resultados demonstraram redução significativa do grupo HAES em relação ao controle quanto à insatisfação corporal, diminuição de episódios de comer compulsivo, e maior comer intuitivo⁴⁷. O estudo não demonstrou efeitos distintos da abordagem HAES em comparação a uma intervenção de apoio social. Os autores concluem que a HAES é eficaz em

populações jovens na prevenção de transtornos alimentares e no fortalecimento da relação positiva com o corpo⁴⁷.

Em 2016, nos Estados Unidos, Mensinger et al.⁴⁸ também avaliaram a eficácia do HAES versus um programa de perda de peso para a promoção da saúde. Participaram mulheres (idades entre 30 e 45 anos), com maior peso, muitas com histórico de estigma corporal e tentativas repetidas de dieta. Constataram que o grupo HAES apresentou redução significativa de estresse, melhora de indicadores metabólicos (pressão arterial, colesterol HDL), e menor impacto do estigma internalizado⁴⁸. O grupo tradicional teve resultados menos consistentes. Dessa forma, a HAES pode contribuir para melhor saúde cardiometabólica e maior resiliência psicológica frente ao estigma de peso⁴⁸.

No Brasil, Ulian et al.⁴⁹ examinaram se a perda de peso após intervenções baseadas em HAES se associa a mudanças nos fatores de risco cardiometabólicos e na qualidade de vida de mulheres com obesidade (idade de $33,0 \pm 7,2$; IMC: 30-39,9 kg/m²). A perda de peso foi associada a melhorias na circunferência da cintura, glicemia de jejum, colesterol total, risco cardiometabólico agrupado e qualidade de vida. Todas as participantes, exceto uma que reduziu o peso corporal, melhoraram o risco cardiometabólico agrupado e a qualidade de vida⁴⁹. Relevantemente, 34% e 73% das participantes que mantiveram ou ganharam peso melhoraram o risco cardiometabólico agrupado e a qualidade de vida, respectivamente, embora a magnitude das melhorias tenha sido menor do que entre aquelas que perderam peso⁴⁹. No entanto, a maioria das participantes que mantiveram ou até ganharam peso apresentou algum benefício. Isso sugere que intervenções neutras em relação ao peso e de modificação do estilo de vida podem melhorar o bem-estar e os resultados relacionados à saúde, mesmo na ausência de perda de peso⁴⁹.

Diante do exposto, as intervenções baseadas no HAES demonstram benefícios consistentes em três dimensões principais: 1) psicológica – maior aceitação corporal, menor insatisfação com o corpo, redução de transtornos alimentares e estresse; 2) comportamental – aumento do comer intuitivo, redução da restrição alimentar cognitiva e maior adesão a exercício físico prazeroso; 3) fisiológica – melhora de alguns marcadores de saúde (pressão arterial, perfil lipídico, condicionamento físico), mesmo sem mudanças significativas no peso corporal. O conjunto de evidências aponta que o HAES é uma alternativa eficaz e ética aos modelos tradicionais centrados no emagrecimento, promovendo saúde sustentável, bem-estar em longo prazo e redução do estigma de peso⁴⁵⁻⁴⁹.

Assim, reduzir o estigma de peso exige ações integradas, que envolvem práticas clínicas mais humanizadas e educação transformadora. Somente por meio dessa abordagem multidimensional será possível construir uma sociedade que valorize a

saúde e o bem-estar em sua complexidade, reconhecendo a legitimidade de todos os corpos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de seu amplo impacto, o estigma de peso permanece pouco abordado nos programas de manejo da obesidade. Trata-se de um construto complexo e que merece melhor compreensão.

É preciso conscientizar profissionais de saúde sobre os impactos do estigma de peso para pessoas com obesidade, como uma das etapas fundamentais para o correto manejo da obesidade. O combate ao estigma de peso, em seu aspecto estrutural (macroestigma) e pessoal (microestigma) — a partir da desconstrução de estereótipos e da valorização da pluralidade dos corpos — é parte integrante da estratégia pública necessária para o tratamento e prevenção da obesidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rubino F. et al. Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2025;13(3):221-62.
2. World Obesity Federation. (2023). World obesity atlas 2023. Available at: https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof-files/World_Obesity_Atlas_2023_Report.pdf
3. Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 137. : il.
4. Ng M. et al. Global, regional, and national prevalence of adult overweight and obesity, 1990–2021, with forecasts to 2050: a forecasting study for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet.* 2025;405(10481):813-38.
5. Jensen MD. et al. 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the Management of Overweight and Obesity in adults. *J Am Coll Cardiol.* 2014;63:2985-3023.
6. Puhl RM, Mary SH, Rebecca LP. Weight stigma as a psychosocial contributor to obesity. *Am Psychol.* 2020;75(2):274-89.
7. Lambert ER, Koutoukidis DA, Jackson SE. Effects of weight stigma in news media on

physical activity, dietary and weight loss intentions and behaviour. *Obes Res Clin Pract.* 2019;13(6):571-8.

8. Polli GM, Silva JCC, Pereira MG, Reis RA, Peruci TT, Gelinski EMM, Gebara TSS. Social representations of anorexia among university students and risk factors: possible relations. *Psico.* 2018;49(1):12-20.

9. Harris-Moore D. *Media and the rhetoric of body perfection cosmetic surgery, weight loss and beauty in popular culture.* 2016. Retrieved from <https://www.book2look.com/embed/9781317098942>

10. Puhl RM, Andreyeva T, Brownell K. Perceptions of weight discrimination: Prevalence and comparison to race and gender discrimination in America. *Int J Obes.* 2008;32:992-1000.

11. Kumar V, Abbas AK, Aster JC. *Robbins and Cotran Pathologic Basis of Disease.* 10th ed. Philadelphia: Elsevier; 2020.

12. Kyle TK, Dhurandhar EJ, Allison DB. Regarding obesity as a disease: Evolving policies and their implications. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2016;45(3):511-20.

13. Pearl RL. Weight bias and stigma: Public health implications and structural solutions. *Soc Issues Policy Rev.* 2018;12(1):146-82.

14. Fox R. et al. Working toward eradicating weight stigma by combating pathologization: A qualitative pilot study using direct contact and narrative medicine. *J Appl Soc Psychol.* 2021;53(3):171-84.

15. Paim MB, Kovalesk DF. Análise das diretrizes brasileiras de obesidade: Patologização do corpo gordo, abordagem focada na perda de peso e gordofobia. *Saúde Soc.* 2020;29:e190227.

16. Puhl R, Suh Y. Health consequences of weight stigma: implications for obesity prevention and treatment. *Curr Obes Rep.* 2015;4(2):182-90.

17. Vartanian LR, Porter AM. Weight stigma and eating behavior: A review of the literature. *Appetite.* 2016;102:3-14.

18. Sutin A, et al. Weight discrimination and unhealthy eating-related behaviors. *Appetite.* 2016;102:83-9.

19. Jackson SE, Steptoe A. Association between perceived weight discrimination and physical activity: A population-based study among English middle-aged and older adults. *BMJ Open.* 2017(7):e014592.

20. Han S, et al. Avoiding exercise mediates the effects of internalized and experienced weight stigma on physical activity in the years following bariatric surgery. *BMC Obes.* 2018;5:e18.
21. Greenleaf C, Trent AP, Scott BM. Relationship of weight-based teasing and adolescents' psychological well-being and physical health. *J Sch Health.* 2014;84(1):49-55.
22. Walsh K, Grech C, Hill K. Health advice and education given to overweight patients by primary care doctors and nurses: A scoping literature review. *Prev Med Rep.* 2019;14:100812.
23. Major B, Eliezer D, Rieck H. The psychological weight of weight stigma. *Soc Psychol Person Sci.* 2012;3(6):651-8.
24. Tomiyama AJ, Epel ES, McClatchey TM, Poelke G, Kemeny ME, McCoy SK, et al. Associations of weight stigma with cortisol and oxidative stress independent of adiposity. *Health Psychol.* 2014;33(8):862-7.
25. Schvey NA, Puhl RM, Brownell KD. The stress of stigma: exploring the effect of weight stigma on cortisol reactivity. *Psychosom Med.* 2014;76(2):156-62.
26. Jackson SE, Beeken RJ, Wardle J. Perceived weight discrimination and changes in weight, waist circumference, and weight status. *Obesity.* 2014;22:2485-8.
27. Sutin AR, Terracciano A. Perceived weight discrimination and obesity. *PLoS One.* 2023;8(7):e70048.
28. Puhl RM, Himmelstein MS, Gorin AA, Suh YJ. Missing the target: Including perspectives of women with overweight and obesity to inform stigma-reduction strategies. *Obes Sci Prac.* 2017;3:25-35.
29. Tomiyama AJ. Weight stigma is stressful: A review of evidence for the cyclic obesity/weight-based stigma model. *Appetite.* 2014;82:8-15.
30. Lillis J, et al. Self-stigma and weight loss: The impact of fear of being stigmatized. *J Health Psychol.* 2020;25(7):922-30.
31. Gudzone KA, Bennett WL, Cooper LA, Bleich SN. Perceived judgment about weight can negatively influence weight loss: A cross sectional study of overweight and obese patients. *Prev Med.* 2014;62:103-7.
32. Emmer C, Bosnjak M, Mata J. The association between weight stigma and mental health: A meta-analysis. *Obes Rev.* 2020;21(1):e12935.

33. Phelan SM, et al. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obes Rev*. 2015;16(4):319-26.
34. Puhl RM, et al. Overcoming weight bias in the management of patients with diabetes and obesity. *Clin Diabetes*. 2016;34(1):44-50.
35. Puhl R, Peterson JL, Luedicke J. Motivating or stigmatizing? Public perceptions of weight-related language used by health providers. *Int J Obes*. 2013;37(4):612-9.
36. Puhl RM, Brownell KD. Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults. *Obesity*. 2006;14:1802-15
37. Schwartz MB, Chambliss HO, Brownell KD, Blair SN, Billington C. Weight bias among health professionals specializing in obesity. *Obes Res*. 2003;11(9):1033-9.
38. Puhl R, Brownell KD. Bias, discrimination, and obesity. *Obes Res*. 2001;9(12):788-805.
39. Obara AA, Vivolo SRGF, Alvarenga MS. Preconceito relacionado ao peso na conduta nutricional: um estudo com estudantes de nutrição. *Cad Saúde Pública*. 2018;34:e00088017.
40. André WSS, Resende TRO, Carvalho PHB. Weight stigma among undergraduate healthcare students: A vignette study. *Obesities*. 2024;4(3):329-40.
41. World Health Organization. *Interim report: placing people and communities at the centre of health services: WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026: executive summary*. 2015. World Health Organization.
42. Puhl RM, Schwartz MB, Brownell KD. Impact of perceived consensus on stereotypes about obese people: a new approach for reducing bias. *Health Psychol*. 2005;24(5):517-25
43. Fruh SM, et al. Obesity stigma and bias. *J Nurse Pract*. 2016;12(7):425-32.
44. Fruh SM, Graves RJ, Hauff C, Williams SG, Hall HR. Weight bias and stigma: Impact on health. *Nurs Clin North Am*. 2021;56(4):479-93.
45. Bacon L, Aphramor L. Weight science: Evaluating the evidence for a paradigm shift. *Nutr J*. 2011;10:e9.
46. Bacon L, Stern JS, Van Loan MD, Keim NL. Size acceptance and intuitive eating improve health for obese, female chronic dieters. *J Am Diet Assoc*. 2005;105(6):929-36.

47. Provencher V, et al. Health-at-every-size and eating behaviors: 1-year follow-up results of a size acceptance intervention. *J Am Diet Assoc.* 2009;109(11):1854-61.
48. Mensinger JL, Calogero RM, Stranges S, Tylka TL. A weight-neutral versus weight-loss approach for health promotion in women with high BMI: A randomized-controlled trial. *Appetite.* 2016;105(1):364-74.
49. Ulian MD, et al. Effects of a new intervention based on the Health at Every Size approach for the management of obesity: The "Health and Wellness in Obesity" study. *PLoS One.* 2018;13(7):e0198401.