Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Atitudes de estudantes universitários de nutrição em
relação aos indivíduos obesos e à obesidade

Angélica Almeida Obara

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Nutrição em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Nutrição em Saúde Pública.

Orientador: Profa. Dra. Marle dos Santos Alvarenga.

São Paulo
2015

Atitudes de estudantes universitários de nutrição em relação aos indivíduos obesos e à obesidade

Angélica Almeida Obara

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Nutrição em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Nutrição em Saúde Pública.

Orientador: Profa. Dra. Marle dos Santos Alvarenga.

São Paulo
2015

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

Agradecimentos

À minha orientadora, Marle Alvarenga, pela paciência, orientação constante e por acreditar em uma aluna de Mestrado que é, ao mesmo tempo, trabalhadora do SUS.

Aos meus pais e familiares, que permitiram trilhar caminhos que me trouxeram a conclusão deste desafio e muitas vezes sofreram com minha ausência.

À todos os estudantes de graduação em nutrição, que cederam o seu precioso tempo para contribuir com esta pesquisa.

À s Instituições de ensino que nos permitiram divulgar o estudo.

Aos pesquisadores do NutriHS, pela parceria e auxílio.

À todos os usuários das unidades de saúde em que atuei, pela aprendizagem constante e vivências que permitiram reflexões que culminassem no presente estudo.

À minha querida amiga Fernanda Senna, que esteve presente nos momentos mais difíceis e me manteve esperançosa e positiva quando mais precisei.

Ao querido Anderson Rosa, que me inspirou com sua trajetória e ajudou-me nas soluções e provocações.

Ao meu amigo Cezar Vicente Júnior, que introduziu o uso de metodologias inovadoras em minha prática profissional e sempre foi motivo de admiração.

Ao meu namorado Rafael Neman, pelo apoio, amor e pelo imenso incentivo.

E à todos que de alguma forma contribuíram para a conclusão desta dissertação.

Obara AA. Atitudes de estudantes universitários de nutrição em relação aos indivíduos obesos e à obesidade [Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-graduação em Nutrição em Saúde Pública]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2015.

Resumo

Introdução - Dentre as consequências da obesidade, estão questões psicológicas e sociais como o preconceito e a discriminação social, que trazem implicações negativas para a saúde do indivíduo obeso. As atitudes de profissionais da saúde em relação à obesidade podem ser influenciadas por visões negativas sobre os indivíduos obesos e as causas que o levaram a obesidade – e podem influenciar a conduta profissional. **Objetivo** - Avaliar a existência de atitudes negativas em relação aos indivíduos obesos entre estudantes universitários de nutrição. **Métodos** - Estudo transversal descritivo, no qual estudantes de nutrição responderam instrumentos *on-line* no site do projeto “Estudo de Saúde de Nutricionistas” (NutriHS): a) avaliação sociodemográfica e do estado nutricional; b) escala de silhuetas brasileiras para avaliação de satisfação e percepção corporal; c) fatores de desenvolvimento da obesidade; d) Antifat Attitudes Test (AFAT) - adaptado transculturalmente para este estudo; e) avaliação da conduta terapêutica em relação ao paciente obeso. A frequência de resposta para os fatores de desenvolvimento da obesidade foi analisada, e seu escore comparado com a pontuação na AFAT total e subescalas, percepção e insatisfação corporal e Índice de Massa Corpórea (IMC) utilizando o coeficiente de correlação de Pearson. Escores na AFAT (total e subescalas) foram comparados entre os sexos, e associações entre os mesmos foram avaliadas com relação às variáveis sociodemográficas e de caracterização da amostra. Análises de regressão linear simples e múltipla foram utilizadas para avaliar a relação entre as características da amostra e as atitudes dos estudantes de nutrição. A comparação das respostas dos estudantes com relação à conduta terapêutica em relação ao paciente obeso foi conduzida por meio do Teste de Kruskal Wallis, seguido de Teste de Comparações Múltiplas das Médias

das Ordens. **Resultados** – Participaram do estudo 335 alunos de nutrição (idade média 23 anos) de universidade/faculdades diversas, principalmente do 1º ano de graduação (40%), sexo feminino (94%), solteiros (87%), e com renda familiar entre 1 e 5 salários mínimos (62%). Houve elevado índice de insatisfação corporal - 54 % das mulheres 58% dos homens - e percepção corporal alterada especialmente entre as mulheres (71%). Os principais fatores determinantes da obesidade listados foram: 1) Inatividade física; 2) Comer uma quantidade maior do que a necessária; 3) Alterações metabólico-hormonais; 4) Vício/dependência em comida; 5) Comer alimentos inadequados. A pontuação na AFAT total foi associada positivamente a idade e ao sexo masculino e negativamente ao IMC e o ano de graduação. As condutas terapêuticas dos estudantes foram influenciadas pelo peso do paciente hipotético e revelaram a presença de preconceito. **Conclusões** – As respostas aos determinantes da obesidade demonstraram que os estudantes possuem crenças em fatores estigmatizadores do indivíduo obeso. As atitudes mais negativas em relação à obesidade foram encontradas para os homens e os estudantes mais velhos. E pode-se confirmar que o peso de um paciente hipotético influencia a conduta terapêutica sugerida pelo estudante, com atitudes negativas para com o indivíduo obeso. Os resultados indicam, portanto, que estes estudantes de nutrição atribuem causas comportamentais para a obesidade, pautam possível conduta terapêutica pelo peso do indivíduo (mesmo que a questão de saúde colocada não tenha relação direta com estado nutricional) e apresentam atitudes negativas e preconceito em relação aos indivíduos obesos.

Palavras chave: atitude, nutricionista, obesidade, preconceito

Obara AA. Attitudes towards obesity and obese people among dietetic undergraduate students. [Dissertation submitted to the Post-graduate Program in Public Health Nutrition]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2015.

Abstract

Introduction - Among the consequences of obesity, there are psychological and social issues as prejudice and social discrimination, which have negative implications for the health of obese person. The health professional attitudes towards obesity can be influenced by negative views of obese people and the causes that led to obesity can influence the professional conduct. **Aim** – To evaluate the existence of negative attitudes toward obese people among dietetic undergraduate students. **Methods** - Descriptive cross-sectional study in which nutrition students answered online tools on the project site 'Health Study Nutritionists "(NutriHS): a) sociodemographic evaluation and nutritional status; b) scale of Brazilian silhouettes to evaluate patient's satisfaction and body awareness; c) the obesity development factors; d) Antifat Attitudes Test (AFAT) - culturally adapted for this study; e) evaluation of the therapeutic approach toward obese patient. The frequency of responses to the obesity development factors was analysed, and its score compared to the overall score and subscales AFAT, perception and body dissatisfaction and body mass index (BMI) using the Pearson correlation coefficient. Scores in AFAT (total and subscales) were compared between the genres, and associations between them were evaluated toward sociodemographic variables and characteristics of the sample. Analysis of simple linear and multiple regression were used to evaluate the relationship between the sample characteristics and attitudes of nutrition students. The comparison of students' responses regarding the therapeutic approach toward obese person was conducted using Kruskal Wallis test, followed Test of Multiple Comparisons of Order Averages. **Results** – 335 students from several nutrition university courses (mean age 23 years) participated during this research, mainly the 1st graduation year students (40%), being women

(94%), single (87%), and family income between 1 and 5 minimum wages (62%). There was high body dissatisfaction index - 54% women 58% men - and altered body perception especially among women (71%). The main determinants of obesity were: 1) Physical inactivity; 2) Eating an amount greater than needed; 3) Metabolic and hormonal changes; 4) Addiction / dependence on food; 5) Eating inadequate food. The score in the total AFAT was positively associated with age and male and negatively with BMI and the year of graduation. The therapeutic procedures of the students were influenced by hypothetical patient's weight and they revealed the presence of prejudice. **Conclusions** – The answers to obesity determinants have shown that students have stigmatizing factors' beliefs about obese person. The most negative attitudes toward obesity were found among men and older students. It is possible to confirm that the weight of a hypothetical patient influences the therapeutic approach suggested by the student, who has negative attitudes towards obese person. Therefore, the results indicate that these nutrition students attribute behavioural causes to obesity. They also use possible therapeutic approach guided by the individual's weight (even if the health question has not connected to nutritional status) and have negative attitudes and prejudice against obese people.

Key words: attitude, nutritionists, obesity, prejudice

Lista de Figuras

Figura 1 – Esquema para avaliação da insatisfação corporal	50
Figura 2 – Esquema para avaliação da percepção corporal	50

Lista de Quadros

Quadro 1 – Descritores utilizados nas buscas bibliográficas	33
Quadro 2 – Classificação das variáveis do estudo	45
Quadro 3 – Classificação do Índice de Massa Corpórea segundo a Organização Mundial de Saúde	47

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Análise descritiva das características da amostra total (N=335) e segundo sexo	58
Tabela 2 – Análise de frequência da amostra de estudantes de Nutrição (N=335) segundo variáveis sócio-demográficas	59
Tabela 3 – Presença de obesidade na família dos estudantes segundo relação de parentesco	61
Tabela 4 – Tipo de dieta específica referida pelos estudantes de nutrição	61
Tabela 5 - Distribuição de figuras escolhidas na Escala de Silhuetas Brasileiras segundo sexo dos estudantes de nutrição (N= 252)	63
Tabela 6 – Figuras apontadas como correspondentes ao corpo atual e corpo desejado na Escala de Silhuetas Brasileiras, percepção corporal e insatisfação corporal segundo sexo dos estudantes de nutrição (N= 335)	64
Tabela 7 – Insatisfação corporal (figura atual – desejada) segundo sexo dos estudantes de nutrição (N=250)	64
Tabela 8 – Percepção corporal (figura atual – figura correspondente ao Índice de Massa Corpórea real) segundo sexo dos estudantes de nutrição (N=247)	66
Tabela 9 - Insatisfação corporal (figura atual – desejada) segundo sexo e categorias do estado nutricional dos estudantes de nutrição (N=249)	67
Tabela 10 - Percepção corporal (figura atual – figura correspondente ao Índice de Massa Corpórea real) segundo sexo e categorias do estado nutricional dos estudantes de nutrição	68

(N=247)

Tabela 11 – Insatisfação e percepção corporal segundo categorias do estado nutricional para o sexo feminino (N=237)	69
Tabela 12 – Distribuição das respostas dos estudantes de nutrição (N=247) sobre os fatores de desenvolvimento da obesidade	71
Tabela 13 – Correlação entre o escore dos fatores de desenvolvimento da obesidade, Escala de Atitudes Anti-obesidade (AFAT) total e subescalas, insatisfação e percepção corporal e Índice de Massa Corpórea dos estudantes de nutrição (N=246)	73
Tabela 14 – Distribuição das respostas dos estudantes de nutrição (N=254) na AFAT	74
Tabela 15 – Pontuações na Escala de Atitudes Anti-obesidade (AFAT) total, dividida pelo número de questões e por subescala dos estudantes de nutrição (N=254) segundo sexo e total	77
Tabela 16 – Modelo de regressão linear múltipla para a Escala de Atitudes Anti-obesidade - AFAT total, para os estudantes de nutrição (N= 254)	78
Tabela 17 – Modelo de regressão linear múltipla para a Subescala “Depreciação social e do caráter”, para os estudantes de nutrição (N= 254)	78
Tabela 18 – Modelo de regressão linear simples e múltipla para a Subescala “Não atratividade física e romântica”, para os estudantes de nutrição (N= 254)	79
Tabela 19 – Modelo de regressão linear simples e múltipla para a Subescala “Controle do peso e culpa”, para os estudantes de nutrição (N= 254)	79

Tabela 20 – Pontuação na Escala de Atitudes Anti-obesidade (AFAT) total e subescalas, tempo de atendimento, avaliação, reações e percepções dos estudantes de nutrição (N=335) segundo paciente hipotético sorteado 1(N=82), 2(N=93), 3 (N=80) e 4 (N=80)	81
Tabela 21 – Percentual de estudantes de nutrição (N=335) que assinalaram os procedimentos e condutas que realizariam durante a consulta inicial segundo paciente hipotético sorteado 1(N=82), 2(N=93), 3 (N=80) e 4 (N=80)	85
Tabela 22 – Percentual de estudantes de nutrição (N=335) que assinalaram as estratégias de tratamento que os estudantes indicariam segundo paciente hipotético sorteado 1(N=82), 2(N=93), 3 (N=80) e 4 (N=80)	86

Lista de Abreviaturas

AFA – *Anti-Fat Attitudes Questionnaire*

AFAS – *Anti-fat Attitudes Scale*

AFAT – *Antifat Attitudes Test*

ATOP – *Attitudes toward Obese Persons Scale*

BATOS – *Bray Attitude Toward Obesity Scale*

BAOP – *Beliefs about Obese Persons Scale*

CREN – Centro de Recuperação e Educação Nutricional

FSP – Faculdade de Saúde Pública

HAES – *Health At Every Size*

IMC – Índice de Massa Corporal

NAAFA – National Association to Advance Fat Acceptance

NATOOPS – *Nurses' Attitudes Toward Obesity and Obese Patients Scale*

NutriHS – Estudo de Saúde de Nutricionistas

OPTS – *Obese Persons Trait Survey*

OMS – Organização Mundial de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UMB-FAT – *Universal measure of Bias- FAT*

USP – Universidade de São Paulo

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	15
	1.1 OBESIDADE: PRECONCEITO, ATITUDES, ESTIGMA E DISCRIMINAÇÃO	15
	1.2 ASPECTOS SOCIOCULTURAIS IMPLICADOS NO PRECONCEITO EM RELAÇÃO AO PESO E NAS AÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA VOLTADAS À OBESIDADE	22
	1.3 PRECONCEITO EM RELAÇÃO À OBESIDADE ENTRE PROFISSIONAIS E ESTUDANTES DA ÁREA DA SAÚDE	26
	1.3.1 Preconceito em Relação à Obesidade entre Nutricionistas e Estudantes de Nutrição	29
	1.4 PESQUISAS SOBRE ESTIGMA E PRECONCEITO EM RELAÇÃO À OBESIDADE E MÉTODOS DE INVESTIGAÇÃO	33
	1.4.1 Instrumentos para Estudo de Estigma e Preconceito com Relação à Obesidade e ao Obeso	37
	1.5 JUSTIFICATIVA	39
2	OBJETIVOS	40
	2.1 OBJETIVO GERAL	40
	2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	41
3	MATERIAL E MÉTODOS	41
	3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	41
	3.2 LOCAL	42
	3.3 AMOSTRA	43
	3.3.1 Cálculo da Amostra	44
	3.4 VARIÁVEIS	44
	3.5 INSTRUMENTOS	49
	3.5.1 Escala de Silhuetas Brasileiras	49
	3.5.2 <i>Antifat Attitudes Test</i> – AFAT	51
	3.5.3 Instrumento para Avaliar a Influência da Obesidade na Percepção e na Conduta Indicada pelos Estudantes de	53

	Nutrição	
	3.6 ASPECTOS ÉTICOS	55
	3.7 ANÁLISE DOS RESULTADOS	55
4	RESULTADOS	58
	4.1 CARACTERÍSTICAS SÓCIODEMOGRÁFICAS E ESTADO NUTRICIONAL	58
	4.2 PERCEPÇÃO E INSATISFAÇÃO CORPORAL	61
	4.3 FATORES DE DESENVOLVIMENTO DA OBESIDADE	70
	4.4 ATITUDES ANTI-OBESIDADE	73
	4.5 INFLUÊNCIA DA OBESIDADE NA PERCEPÇÃO E CONDUTA INDICADA PELOS ESTUDANTES DE NUTRIÇÃO	80
5	DISCUSSÃO	87
	5.1 FATORES DETERMINANTES DA OBESIDADE	89
	5.2 ATITUDES ANTI-OBESIDADE	100
	5.3 INFLUÊNCIA DA OBESIDADE NA PERCEPÇÃO E CONDUTA INDICADA PELOS ESTUDANTES DE NUTRIÇÃO	113
6	CONCLUSÃO	126
	6.1 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	127
7	CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROCESSO DE MESTRADO - APRENDIZADOS E SIGNIFICADOS DESTA JORNADA	130
8	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	136
	ANEXOS	150
	ANEXO 1 – Escalas utilizadas em estudos com a temática de preconceito e estigma com relação à obesidade	151
	ANEXO 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido NutriHS	153
	ANEXO 3 – Questionário sociodemográfico e Avaliação clínica	155
	ANEXO 4 – Questionário sobre os fatores de desenvolvimento da obesidade	157
	ANEXO 5 – Artigo adaptação transcultural da AFAT	159
	ANEXO 6 – Escala de Silhuetas Brasileiras	181

ANEXO 7 – Escala de Atitudes Anti-obesidade	184
ANEXO 8 – Instrumento para avaliar a influência da obesidade na conduta indicada	186
ANEXO 9 – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo	191
ANEXO 10 – Currículo Lattes Angélica Almeida Obara	195

1 INTRODUÇÃO

1.1 OBESIDADE: PRECONCEITO, ATITUDES, ESTIGMA E DISCRIMINAÇÃO

A obesidade é um importante problema de saúde pública mundial em função de sua prevalência, com índices de cerca de 10% da população adulta masculina e 14% da população adulta feminina (WHO, 2010). No Brasil, o cenário é semelhante ao observado em outros países; na pesquisa nacional mais recente observaram-se índices de 12,5% e 16,9% de obesidade entre homens e mulheres adultos, respectivamente (IBGE, 2010).

Consequências metabólicas adversas e risco aumentado para doenças cardiovasculares estão relacionados à obesidade, além de problemas psicossociais como a insatisfação com a imagem corporal, transtornos alimentares, discriminação e preconceito (WHO, 2010; WHO 1999).

Preconceito é uma atitude hostil ou aversiva direcionada a uma pessoa ou grupo que possua qualidades consideradas censuráveis socialmente, o posicionando de forma desvantajosa em função de características que o diferenciem em relação aos grupos dominantes em um determinado contexto social (Allport citado por MONTEIRO e VILLELA, 2013).

O preconceito em relação à obesidade engloba atitudes, crenças e comportamentos contrários ao indivíduo percebido como obeso ou “gordo” (DANÍELSDÓTTIR et al., 2010). Vários estudos documentaram a presença de preconceito em diversos aspectos da vida dos indivíduos com excesso de peso: na saúde, no trabalho, na educação, nas relações pessoais e na mídia (PULH e HEUER, 2009; BUDD et al., 2011; PUHL e BROWNELL, 2001; BROWNELL et al., 2005).

Atitude é um construto que possui três componentes: o afetivo se refere a sentimentos, humor e emoções causadas por um objeto específico; o cognitivo se refere a crenças e conhecimento sobre o objeto; e o componente volitivo, de vontade, se refere à intenção comportamental em relação ao objeto (KATZ e STOTLAND, 1959; EAGLY e CHAIKEN, 1993). O interesse em estudá-las está na compreensão e na predição de comportamentos (FISHBEIN e AJZEN, 1995).

De acordo com GOFFMAN (1963) o estigma é definido como um atributo negativo constituído a partir da discrepância entre a identidade social virtual (características previamente atribuídas por um outrem ao entrar em contato com um indivíduo) e a identidade social real. O autor menciona três tipos de estigma: as abominações do corpo, que englobam todos os tipos de deformidades físicas; as deformidades de caráter individuais, nas quais os indivíduos são percebidos como desonestos, traiçoeiros e sem força de vontade - como ocorre com alcoolistas, homossexuais e indivíduos com transtornos mentais; e o estigma tribal, associado à raça, origem e religião.

Por meio de relações entre determinados atributos e estereótipos, o sujeito percebido como diferente sofre discriminação, mesmo que de maneira inconsciente, o que ocasiona a diminuição de suas chances na vida (GOFMANN, 1963).

A discriminação é considerada a manifestação comportamental do preconceito. Nos Estados Unidos a discriminação relacionada ao peso, referida por uma amostra representativa de adultos, apresentou um aumento de 66% durante a última década (ANDREYEVA et al., 2008).

PUHL et al. (2015) analisaram a presença de preconceito em relação ao peso entre adultos e adolescentes (estudantes universitários) de 4 países – Estados Unidos, Canadá, Islândia e Austrália – e observaram a presença de atitudes negativas em níveis similares entre as nações. Os preditores de maiores níveis de preconceito foram causas controláveis atribuídas à etiologia da obesidade, relacionadas à crença de que a obesidade resulta de falta de força de vontade e é de responsabilidade exclusiva do indivíduo.

Resumindo, o fenômeno “*weight bias*”, traduzido neste estudo como “preconceito relacionado ao peso” engloba três construtos – o preconceito em si, que corresponde ao componente atitudinal; os estereótipos, que são os componentes relacionados às crenças acerca da etiologia e manutenção da obesidade; e a discriminação, manifestada através de ações e comportamentos (LEE et al., 2014).

No caso da obesidade, se atribui culpa ao indivíduo que a possui (POMERANZ, 2008; PUHL e HEUER, 2010) , assim como em outras doenças estigmatizadas ao longo da história, como a tuberculose e a AIDS.

Tal atitude contribui para a negligência do estigma relacionado ao peso e impacta a saúde física e emocional. No entanto, em contraste com a tuberculose e a AIDS, a estigmatização da obesidade não tem sido uma preocupação legitimada que requer a atenção daqueles que trabalham com o seu tratamento (PUHL e HEUER, 2010).

Existe um debate acerca do uso do estigma como uma ferramenta de controle social para desencorajar comportamentos não saudáveis e melhorar a saúde dos estigmatizados, mas as evidências falham em demonstrar esta relação para a obesidade (PUHL e HEUER, 2010; VARTANIAN e SMYTH, 2013; ABUH-ODEH, 2014). Dados contrários a esta possibilidade são: a observação do aumento dos índices de obesidade mesmo na presença mais frequente de estigma, o aumento da probabilidade de adesão a comportamentos alimentares não saudáveis (como compulsão alimentar e adoção de medidas drásticas para redução do peso), e menores níveis de atividade física entre os indivíduos que foram estigmatizados por seu peso (PUHL e HEUER, 2010).

BREWIS (2014) sugere uma relação entre o estigma e a perpetuação da obesidade por meio de processos em que os aspectos sociais, materiais e institucionais do estigma e da discriminação percebidos pelo indivíduo se manifestam biologicamente, resultando na manutenção ou na elevação do peso corporal. Os possíveis mecanismos envolvidos nesse processo são: mudança direta de comportamentos - como prática de atividade física e práticas alimentares; efeitos indiretos através de mudanças nas relações - por meio de mudanças na composição e na qualidade da rede social do

indivíduo; efeitos estruturais indiretos da discriminação - através da redução das oportunidades e consequências socioeconômicas; e efeitos indiretos do estresse psicossocial - com o estresse crônico levando ao aumento do tecido adiposo. Os efeitos orgânicos do estresse crônico provocado pela vivência e consciência da estigmatização do peso foi objeto de investigação por TOMIYAMA et al. (2014) que verificaram relação com níveis elevados de cortisol e estresse oxidativo, independente da quantidade de gordura abdominal do indivíduo.

Portanto, o estigma e o preconceito não somente não contribuem para o tratamento e a redução dos índices de obesidade, como podem trazer diversas implicações negativas para a saúde do indivíduo obeso. Essas implicações incluem maior vulnerabilidade a depressão, baixa autoestima, ansiedade e maior possibilidade de suicídio (PULH e HEUER, 2009). Além disso, esses indivíduos apresentam piores resultados em programas de redução de peso, negação a prática de atividade física e estão menos propensos a procurar serviços de saúde de maneira preventiva (O'BRIEN et al., 2010).

Evidências demonstram associação entre índice de massa corpórea (IMC) elevado e maior atraso ou recusa em relação aos cuidados de saúde (DRURY e LOUIS, 2002; OSTBYE et al., 2005). DRURY e LOUIS (2002) verificaram razões elencadas por usuárias para justificar o atraso ou recusa em procurar o serviço de saúde relacionadas ao peso: ter “ganhado peso desde a última consulta”, não querer “ser pesada na balança do profissional

de saúde” e saber que o profissional de saúde lhe dirá que precisa “perder peso”.

Estudos que analisaram a frequência de realização de exames preventivos entre mulheres obesas verificaram associação entre maior grau de obesidade e menor frequência de realização de mamografia de rotina (WEE et al., 2004; OSTBYE et al., 2005), papanicolaou (OSTBYE et al., 2005; WEE et al., 2005; AMY et al., 2006; MITCHELL et. al., 2008), exames para pesquisa de câncer colorretal em mulheres (HEO, 2004; ROSEN e SCHNEIDER, 2004; FERRANTE et. al., 2006), bem como de imunizações (OSTBYE et al., 2005).

Esses achados têm implicações clínicas e para a Saúde Pública importantes, uma vez que atrasar ou evitar a realização de um exame preventivo pode retardar o diagnóstico de doenças e resultar em pior prognóstico (OSTBYE et al., 2005).

OSTBYE et al. (2005) afirma que as razões para a menor frequência de realização de exames preventivos resultam de uma combinação entre fatores relacionados ao sistema de saúde, aos usuários e aos profissionais de saúde. Exemplos desses fatores são: menor disponibilidade de tempo para tratar de prevenção durante as consultas (devido aos problemas crônicos de saúde vivenciados pelos obesos); utilização de serviços de saúde de nível secundário ou terciário - que estão menos focados em intervenção; e maior relutância do paciente obeso em realizar os exames devido às dificuldades, à presença de dor e ao consumo de tempo.

Ao contrário, WEE et al. (2005) não encontraram diferenças na frequência de indicação do exame preventivo pelos médicos entre mulheres obesas e não obesas, portanto, o atraso em relação à procura pelo exame estaria relacionado ao maior desconforto e constrangimento. No estudo de AMY et al. (2006) as mulheres obesas relacionaram a menor procura pelo exame de papanicolaou às barreiras enfrentadas no serviço de saúde, como tratamento desrespeitoso, constrangimento ao serem pesadas, atitudes negativas dos profissionais, aconselhamento não solicitado para perder peso e inadequação dos equipamentos médicos.

A pressão para perder peso, na realidade, acaba por excluir os indivíduos dos locais que são encorajados a frequentar (RUSSELL e CARRYER, 2013), incluindo espaços para socialização, exercícios em público, exames que exigem a exposição do corpo e acesso aos serviços de saúde primários.

Ainda, experimentar situações de provocações relacionadas ao peso na infância está associado a uma maior preocupação com o peso e forma física, depressão e insatisfação corporal, além de menores níveis de autoestima na idade adulta (ROSENBERGER et al., 2007). CHEN et al. (2007) verificaram que o humor depressivo observado em uma amostra de adultos com obesidade grau III em busca de cirurgia bariátrica estava relacionado mais a vivência de estigma relacionado ao peso do que a presença de comer compulsivo e às incapacidades físicas.

Indivíduos obesos que internalizam os estereótipos baseados no peso são particularmente vulneráveis aos impactos negativos do estigma nos

comportamentos alimentares, o que desafia a noção de que o estigma poderia motivar os indivíduos a perder peso (PUHL et al., 2007). Além disso, a internalização do preconceito relacionado ao peso é maior entre os indivíduos com excesso de peso que apresentam transtorno de compulsão alimentar e se correlaciona positivamente com a presença de transtornos alimentares, fobia em relação ao peso e depressão e negativamente com a autoestima (DURSO et al., 2012).

MAJOR et al. (2014) verificaram que indivíduos que se percebiam acima do peso, após lerem uma reportagem com conteúdo estigmatizante em relação ao excesso de peso, não somente apresentaram maior preocupação em serem estigmatizados por seu peso, como também observaram aumento do consumo de alimentos calóricos e redução da autoconfiança em relação ao controle da própria dieta, em comparação com o grupo controle. Este achado é semelhante ao encontrado por SCHVEY et al. (2011), no qual mulheres com sobrepeso que assistiram a um vídeo com conteúdo estigmatizante apresentaram consumo calórico três vezes superior ao das mulheres com sobrepeso que assistiram ao vídeo controle.

1.2 ASPECTOS SOCIOCULTURAIS IMPLICADOS NO PRECONCEITO EM RELAÇÃO AO PESO E NAS AÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA VOLTADAS À OBESIDADE

Historicamente as disparidades perpetuadas pela discriminação contra grupos estigmatizados não são adequadamente conduzidas pelos

governos e frequentemente a solução para os seus problemas de saúde são fundamentadas na educação desses grupos e separação dos demais – soluções que não auxiliam na compreensão do aumento da incidência da doença e levam ao aumento da discriminação. Nos Estados Unidos, as iniquidades na atenção à saúde para os obesos são comparáveis àsquelas vivenciadas por afro americanos e homossexuais (POMERANZ, 2008).

CRANDALL (1994) compara a estruturação do preconceito relacionado ao peso com o racismo simbólico na cultura americana; sendo assim, o preconceito contra aqueles com excesso de peso está associado às crenças e valores que refletem a ética de trabalho puritana, a autodeterminação, a crença em um mundo justo e a noção de que as pessoas “tem o que merecem”. Tal ideologia possibilita que as pessoas cronicamente atribuam causalidade relacionada ao controle, culpabilizando o obeso por seu peso e o estigmatizando por isso.

A principal diferença entre o racismo e o preconceito em relação ao peso é que a expressão das emoções provocadas pelo racismo é suprimida devido às normas sociais e aos valores de igualdade, mas não ocorre o mesmo para com o preconceito relacionado ao peso (CRANDALL, 1994).

Apesar do estigma social relacionado ao excesso de peso ser facilmente atribuído à preocupação com as consequências para a saúde, o que a história americana revela é que as conotações negativas relacionadas à gordura – “preguiçoso, glutton, imoral, estúpido, descontrolado, feio e sem força de vontade” – precedem tais preocupações (FARRELL, 2011).

Há certo caráter alarmista gerado pelas publicações acerca da obesidade, que contribuem para a formação de um “pensamento apocalíptico” que induz ao julgamento e pânico moral em relação à “culpa” daqueles que “causam” tal catástrofe, levando a ações discriminatórias baseadas no discurso da “saúde” e “bem-estar”. A “guerra contra a obesidade” pode se tornar facilmente em uma “guerra contra as pessoas obesas” (FARRELL, 2011).

FARRELL (2011) vai além, e conclui em sua análise que na nossa sociedade consumista, dirigida à obtenção de lucros, as indústrias de produtos direcionados à dieta, as corporações farmacêuticas, a indústria de publicidade e indústria dos serviços de saúde se beneficiam do estigma relacionado ao excesso de peso.

Em análise conduzida por RIGO e SANTOLIN (2012) sobre as legislações brasileiras relacionadas à obesidade foram encontradas 46 leis, das quais 14 correspondiam a leis estaduais e municipais de São Paulo e 16 do Estado do Rio de Janeiro. O termo “combate” é empregado em 14 leis, o que destoa da terminologia clássica utilizada no campo da saúde e carrega determinadas implicações políticas e socioculturais, contribuindo para a discriminação dos sujeitos.

Da mesma forma como descrito por POMERANZ (2008), as legislações no Brasil que tratam da instituição de programas de tratamento e prevenção da obesidade, também são direcionadas à educação dos indivíduos, através de palestras e folhetos informativos, sem detalhar os

procedimentos metodológicos para alcance de tais objetivos (RIGO e SANTOLIN, 2012).

Um assunto recorrente nas legislações consultadas foi a acessibilidade: seis leis desobrigam o obeso a transpor a catraca do transporte coletivo urbano ou portas de segurança de agências bancárias, duas versam sobre a disponibilização de equipamentos hospitalares adaptados e há outras que tratam da questão dos assentos ou poltronas especiais (RIGO e SANTOLIN, 2012).

A análise das leis brasileiras permite perceber que a maior parte delas considera a obesidade como um problema individual, ao invés de conjectural, social ou histórico-cultural, o que contribui para a retirada de responsabilidade do Estado e a culpabilização do sujeito (RIGO e SANTOLIN, 2012).

As campanhas de Saúde Pública voltadas para a obesidade podem gerar percepções negativas ou positivas na população de acordo com o seu conteúdo. PUHL et al. (2013) analisaram as percepções de adultos em relação a dez campanhas de Saúde Pública direcionadas à obesidade nos Estados Unidos e observaram que aquelas que envolviam temas relacionados ao aumento do consumo de frutas e vegetais, múltiplas mudanças de comportamento e instigavam confiança e empoderamento pessoal sobre a própria saúde do indivíduo receberam respostas mais favoráveis, enquanto aquelas que implicavam culpa ao indivíduo e estavam relacionadas a esforços solitários foram menos efetivas na motivação. As mensagens que possuíam caráter estigmatizante foram avaliadas pelos

participantes como mais negativas, menos motivadoras e com menos características positivas.

A própria definição de obesidade como balanço energético positivo traz em si as soluções “ingerir menos” ou “gastar mais energia”, uma ideia de orientação determinista. Nesse sentido, espera-se que a “vontade da pessoa gorda”, seu “livre-arbítrio”, deva moralmente determinar sua adesão à dieta prescrita (CARVALHO e MARTINS, 2004).

Segundo o pensamento cartesiano e a dicotomia entre corpo e mente, a mente do obeso ditaria ao corpo o que deve fazer, cabendo à pessoa submeter-se à sua outra parte, utilizando a força de vontade, disciplina e arbítrio (CARVALHO e MARTINS, 2004); sendo assim, a definição de obesidade em si relaciona-se a culpabilização do indivíduo e consequentemente pode justificar a presença de preconceito.

Faz-se necessário que o conceito de obesidade seja contextualizado para além do modelo biomédico, agregando correlações de ordem cultural e social para abordar aspectos que extrapolem a doença, como as dimensões do estigma, discriminação e significados para a sociedade (MORTOZA, 2011).

1.3 PRECONCEITO EM RELAÇÃO À OBESIDADE ENTRE PROFISSIONAIS E ESTUDANTES DA ÁREA DA SAÚDE

Dentre as fontes de preconceito em relação à obesidade, os profissionais de saúde são citados pelos obesos como uma das mais

recorrentes. Os indivíduos reportam a ocorrência de comentários inapropriados e desrespeitosos, além de sentirem que a maioria dos profissionais não compreende a dificuldade implicada em estar acima do peso (PUHL e HEUER, 2009).

Estudos encontraram a presença de atitudes negativas e preconceito entre médicos (HARVEY e HILL, 2001; FOSTER et al., 2003; BOCQUIER et al., 2005; BRANDSMA, 2005; FERRANTE et al., 2009; SABIN et al., 2012), enfermeiros (BROWN, 2006; POON e TARRANT, 2009), psicólogos (HARVEY e HILL, 2001), educadores físicos (GREENLEAF e WEILLER, 2005; O'BRIEN et al., 2007) e nutricionistas (OBERRIEDER et al., 1995; HARVEY et al., 2002). Profissionais de saúde especializados no tratamento da obesidade não estão imunes e também apresentaram índices de preconceito elevados (SCHWATRZ et al., 2003), apesar de menores do que aqueles observados na população geral (TEACHMAN e BROWNELL, 2001).

A avaliação do impacto do peso corporal do paciente sobre as condutas dos profissionais de saúde encontra resultados diversos. HEBL e XU (2001) encontraram que o tempo que os médicos gastariam em uma consulta com pacientes obesos era menor do que em consulta com pacientes que apresentavam peso adequado; enquanto que no estudo de BERTAKIS e AZARI (2005), apesar da obesidade não ter influenciado o tempo gasto no atendimento, houve diferença na atividade realizada durante a consulta, sendo que para os pacientes obesos os médicos gastaram mais tempo com atividades técnicas e menos tempo com atividades educativas em relação à sua saúde.

Similarmente aos profissionais de saúde, estudantes de graduação em nutrição (OBERRIEDER et al., 1995; BERRYMAN et al., 2006; PUHL et al., 2009), medicina (WOLF, 2010; PANTENBURG et al., 2012), enfermagem (POON e TARRANT, 2009), entre outros (CHAMBLISS et al., 2004; MAGLIOCCA et al., 2005) também apresentam atitudes negativas e preconceito com o indivíduo obeso. Ademais, estudos que investigaram se a obesidade influenciaria o comportamento dos estudantes, confirmaram a ocorrência de diferença nas atitudes diante de casos ou consultas simuladas com pacientes obesos (WIGTON e MCGAGHIE, 2001; PUHL et al., 2009; PERSKY e ECCLESTON, 2011).

TOMIYAMA et al. (2015) realizaram uma análise temporal da presença de preconceito em relação ao peso entre cientistas envolvidos em pesquisas relacionadas à obesidade e profissionais de saúde entre 2001 e 2013. Observou-se que apesar do preconceito inconsciente (implícito) apresentar redução no período estudado, houve aumento do preconceito explícito reportado através da maior presença de sentimentos negativos associados ao indivíduo obeso e pensamentos de que os obesos são mais preguiçosos do que os indivíduos magros.

HARVEY et al. (2002) e FOSTER et al. (2003) discutem que a visão de que a obesidade resulta de comportamentos modificáveis (e que, portanto, os obesos são responsáveis pelo seu excesso de peso), responde em grande parte, pelas atitudes negativas de profissionais de saúde acerca desses indivíduos.

Em 1971, MANN discutiu a relação entre obesidade, moral e profissionais de saúde afirmando que *“Infelizmente o mundo ocidental está infestado de experts em nutrição, profissionais ou não, que veem a obesidade como uma questão moral. Essas pessoas seguem uma posição médica ultrapassada que presumiam que os pacientes ficavam doentes devido aos seus pecados. Poucas dessas doenças ‘imorais’ permaneceram na medicina: obesidade, alcoolismo, doenças venéreas e mononucleose infecciosa”*. Neste artigo MANN (1971) comparou as taxas de cura da maioria das neoplasias às do tratamento da obesidade, sendo que as primeiras alcançam índices de cura mais elevados que a segunda. Apesar disso, o câncer e sua inevitabilidade geram simpatia e lamentação enquanto a obesidade gera acusações e perseguição.

1.3.1 Preconceito em Relação à Obesidade entre Nutricionistas e Estudantes de Nutrição

Foram encontrados oito estudos conduzidos com nutricionistas e estudantes de graduação em nutrição sobre a temática desta pesquisa. Três estudos foram realizados nos Estados Unidos, dois na Inglaterra, um em Israel, um na Austrália e um no Brasil.

OBERRIEDER et al. (1995) aplicaram uma escala para identificar as atitudes de 64 estudantes de nutrição e 234 nutricionistas americanos em relação à obesidade e verificaram atitudes negativas em ambos os grupos, sem diferença entre os dois. Tal achado sugere que a formação do

nutricionista e a sua experiência profissional não foram suficientes para resultar em atitudes mais positivas dos nutricionistas em relação à obesidade quando comparadas as atitudes dos estudantes.

Outra pesquisa realizada nos Estados Unidos comparou as atitudes de estudantes de graduação em nutrição (N=38) com estudantes de outras áreas (N=38) e observou que os primeiros eram tão suscetíveis quanto os segundos com relação à presença de atitudes negativas direcionadas à obesidade (BERRYMAN et al., 2006).

No estudo conduzido com uma amostra de 182 estudantes de nutrição americanos, PUHL et al. (2009) ao propor um caso de um paciente hipotético obeso verificaram que os estudantes identificaram o mesmo como menos propenso a seguir o tratamento sugerido e atribuíram piores avaliações em relação à dieta e estado de saúde, mesmo quando os exames bioquímicos, hábitos de vida e dieta eram adequados de acordo com as recomendações atuais. Esse achado indica que os estudantes realizaram conclusões “automáticas” sobre a saúde e a qualidade da dieta dos obesos, o que na prática reforça o estereótipo de que pessoas com sobrepeso e obesidade não são saudáveis e têm hábitos alimentares ruins.

SWIFT et al. (2012) analisaram as atitudes de estudantes ingleses da área da saúde – nutrição, enfermagem e medicina – em relação à obesidade e concluíram que os estudantes das diferentes áreas apresentaram atitudes negativas, com índices menores entre os estudantes de enfermagem (modalidade bacharelado).

Em outro estudo, com nutricionistas inglesas (N= 187), apesar dos profissionais apresentarem atitudes neutras a positivas em relação aos indivíduos com excesso de peso, avaliaram de maneira mais negativa as pessoas obesas do que aquelas com sobrepeso e reportaram que ambos são consideravelmente responsáveis pelo seu excesso de peso (HARVEY et al., 2002).

CAMPBELL e CRAWFORD (2000) descrevem que nutricionistas australianas identificaram o manejo e a prevenção do sobrepeso e da obesidade como uma prioridade em sua prática profissional, mas reconheceram possuir eficácia limitada no tratamento dessas condições; indicaram que a questão recebe menor atenção do que necessitaria em seus cenários de atuação e reconheceram que não são empregados todos os elementos das melhores práticas no manejo da obesidade.

No Brasil, temos um único estudo focado na temática – estudo transversal descritivo, realizado com uma amostra não probabilística de 344 nutricionistas – que verificou a opinião dos nutricionistas em relação aos fatores envolvidos no desenvolvimento da obesidade, características atribuídas às pessoas obesas e características atribuídas à obesidade e indivíduos obesos (CORI et al., 2015). CORI et al.(2015) identificaram forte estigmatização da obesidade e preconceito contra o obeso, atribuindo a ele características como: guloso, não atraente, desajeitado, sem determinação e preguiçoso. Os nutricionistas indicaram também dentre os fatores causais que consideram mais importantes no desenvolvimento da obesidade

alterações emocionais e de humor, vício ou dependência em comida e baixa autoestima.

Em um estudo qualitativo conduzido através de grupos focais com 23 nutricionistas israelenses identificou-se a presença de estigma em três dimensões – cognitiva, emocional e comportamental. Os principais aspectos cognitivos observados foram o controle e a responsabilidade do obeso por sua condição, expressados através de dificuldade em lidar com obesos que atribuíam causas externas ao desenvolvimento da obesidade e do fato de todas as nutricionistas relatarem um caso no qual sugeriram que a causa da obesidade se devia a comportamentos de responsabilidade do obeso – como alimentação inadequada e falta de atividade física (STONE e WERNER, 2012). Dentre os aspectos emocionais, foram reconhecidos sentimentos negativos e positivos de acordo com o momento do tratamento – os sentimentos de compaixão e empatia observados no início do tratamento e sentimentos de raiva e frustração quando consideravam que o obeso não se esforçava o suficiente para atingir os resultados. Com relação à dimensão comportamental, os nutricionistas demonstraram um forte desejo de continuar a ajudar os pacientes obesos, mesmo quando falharam em seguir suas recomendações, porém reconheceram que os sentimentos negativos algumas vezes afetaram sua prática através de comportamento de evitação, classificados em três categorias – instrumental, profissional e interpessoal. A evitação instrumental foi observada através do menor tempo despendido aos obesos que provocavam sentimento de frustração e irritação; a profissional através da redução do nível de energia e esforço

investidos no tratamento desses pacientes; e a interpessoal por meio do uso de um tom mais negativo e linguagem verbal e corporal que expressavam insatisfação (STONE e WERNER, 2012).

1.4 PESQUISAS SOBRE ESTIGMA E PRECONCEITO EM RELAÇÃO À OBESIDADE E MÉTODOS DE INVESTIGAÇÃO

Procurando conhecer o “estado da arte” com melhor abrangência possível, o que se tem de publicação sobre temas relacionados ao tópico deste trabalho foi realizada uma revisão bibliográfica nas bases de dados Pubmed e Lilacs, com uma série de combinações de descritores (Quadro 1), sem limite de data e idioma dos artigos. Foram observados e analisados adicionalmente, alguns estudos que compunham as referências de artigos e livros acessados nas buscas.

A busca teve início em Setembro de 2013 e foi encerrada em Junho de 2015.

Quadro 1 – Descritores utilizados nas buscas bibliográficas.

Base de dados	PUBMED	LILACS
Idioma dos descritores	Inglês	Português
Descritores	Fat, obesity, weight, bias, phobia, prejudice, attitudes, stigma, beliefs, discrimination e health professionals	Obesidade, excesso de peso, gordo, sobrepeso, preconceito, fobia, medo atitudes, estigma, crenças, discriminação e profissionais de saúde

No cenário nacional estudos que investiguem as atitudes e crenças em relação aos obesos são escassos. Foram encontrados dois trabalhos que exploram esta temática entre profissionais de saúde: TEIXEIRA et al. (2012) realizaram uma revisão sistemática das crenças e práticas dos profissionais de saúde face à obesidade; e GREJANIN et al. (2007) realizaram um estudo de caráter exploratório e descritivo com uma amostra de 19 profissionais de saúde e pacientes de uma unidade básica para investigar a percepção dos profissionais em relação ao paciente obeso e a percepção do paciente sobre si. Investigações focadas em estigma e preconceito com instrumentos validados não foram encontradas. Além destes, há a recente pesquisa exploratória com nutricionistas (CORI et al. 2015) e o estudo das legislações brasileiras relacionadas à obesidade (RIGO e SANTOLIN, 2012), já mencionados anteriormente.

Por outro lado, a busca na base *Pubmed* encontrou mais de 282 artigos internacionais, 75 deles de alguma forma se referindo a profissionais ou estudantes da saúde ou de áreas relacionadas à saúde e uma metanálise acerca das intervenções direcionadas à redução do preconceito em relação à obesidade (LEE et al., 2014).

Encontrou-se também um livro publicado com o título “*Weight bias, nature, consequences and remedies*” que explora natureza, causas e consequências do fenômeno “*weight bias*” e apresenta uma série de abordagens para combatê-lo (BROWNELL et al., 2005).

O termo “*weight bias*” pode ser definido como a inclinação para formar julgamentos irracionais baseados no peso corporal de um indivíduo

(BROWNELL et al., 2005). Em 2008 foi lançado um suplemento especial no periódico “*Obesity*” sobre o tema, em cuja introdução os autores afirmam que apesar do aumento da atenção no meio científico destinado ao tema, ainda existem muitas lacunas no conhecimento, sendo necessário, portanto, o desenvolvimento da ciência no sentido de entender a natureza, a extensão e as consequências do “*weight bias*” em diferentes planos - bem como identificar métodos efetivos para reduzir o preconceito e testar intervenções que possibilitem melhoras de atitudes e comportamentos em relação aos obesos (PUHL e LATNER, 2008).

Em termos históricos, STUNKARD et al. (1998) descreveram a estigmatização da obesidade na Ásia e Europa na idade média, e SAWBRIDGE e FITZGERALD (2009) descreveram as percepções médicas e sociais da obesidade na Europa do século 18 - que já naquela época eram descritos como “preguiçosos, inativos e indolentes”.

O tema foi empreendido como uma ciência em 1961 por Hastorf e Dornbusch, citados por BROWNELL et al. (2005), em um estudo no qual crianças consideraram a imagem de uma criança com sobrepeso - em relação às imagens de outras com deficiências físicas - a menos “amigável”. Outros estudos realizados com crianças e adultos na década de 1960 precederam as pesquisas da psicologia social acerca do tema que tiveram início na década de 1990 (BROWNELL et al., 2005).

Além dos artigos com a temática do preconceito e estigma em relação á obesidade por parte de profissionais e estudantes da área da saúde mencionados na introdução deste trabalho, a revisão internacional nesta

área encontrou artigos que discorrem sobre temas diversos – incluindo análise e discussão sobre a necessidade de legislação sobre obesidade e “*weight bias*” (POMERANZ, 2008; BOGART, 2013; SUH et al., 2014).

Foram encontradas também sete revisões gerais sobre o assunto (VAIDYA, 2006; PUHL e LATNER, 2008; PUHL e HEUER, 2009; DANÍELSDÓTTIR et al., 2010; FORHAN e SALAS, 2013; PUHL e KING, 2013; RYAN e JENSEN, 2013); dois estudos que comparam a presença do preconceito entre diversas nações (CRANDALL et al., 2001; PUHL et al., 2015); 25 estudos sobre a percepção do estigma pelos indivíduos obesos - com a maioria deles focados na investigação das consequências da internalização do “*weight bias*” e do modo como os indivíduos com excesso de peso lidam com o preconceito (PUHL e BOWNELL; 2006; HILBERT et al., 2013; PEARL et al., 2013) e relacionando a ocorrência de discriminação e preconceito. Dezoito artigos discorrem sobre o estigma em crianças e adolescentes, dentre eles há estudos originais e revisões, como a elaborada por PUHL e LATNER (2007) que versa sobre os esforços para reduzir o estigma e melhorar as atitudes em relação às crianças obesas, e ressaltam questões complexas sobre o papel do “*weight bias*” na prevenção da obesidade na infância. Três artigos relacionam a ocorrência de distúrbios alimentares e a presença de preconceito e atitudes negativas em relação à obesidade (PUHL et al., 2010; MAGALLARES et al., 2013; BARNES et al., 2014).

Outros discutem a temática dentro do campo da cirurgia bariátrica (FETTICH e CHEN, 2012; GLENN et al., 2013); diabetes (TEIXEIRA e

BUDD, 2010) e áreas diversas como admissão escolar (BURMEISTER et al., 2013; MACCANN e ROBERTS, 2013), entrevista de emprego (AGERSTROM e ROTH, 2011), relacionamento sexual (CHEN e BROWN, 2005), visão do obeso na mídia (HUSSIN et al., 2011; MCCLURE et al., 2011; PUHL et al., 2013), prevenção (HAGUE e WHITE, 2005; JONES, 2007; KIRK e PENNEY, 2013; MCVEY et al., 2013); e outros falam especificamente sobre desenvolvimento e avaliação de instrumentos de pesquisa neste campo – tema do tópico seguinte.

1.4.1 Instrumentos para Estudo de Estigma e Preconceito com Relação à Obesidade e ao Obeso

Instrumentos são questionários, entrevistas ou escalas para realizar mensurações. Os instrumentos autoaplicáveis possuem diversas vantagens, dentre elas a padronização das informações, garantindo que todos os avaliados responderão à mesma pergunta, da mesma forma, independente de suas características clínicas e pessoais; além da possibilidade de mensuração, transformando um dado subjetivo em uma variável mensurável e sujeita a exploração estatística (CORDÁS e KACHANI, 2010).

Em uma perspectiva histórica dos métodos para avaliação de estigma e preconceito, os primeiros estudos na primeira metade do século XX avaliavam a presença de preconceito de forma direta, investigando os estereótipos relacionados a indivíduos com características diferenciadas e avaliando o grau em que o indivíduo se sentia confortável quando em

contato com os mesmos. O principal foco, inicialmente, foi o preconceito relacionado à raça, e estudos preliminares reconheceram a necessidade de diferenciar o preconceito nas formas explícita (voluntária) e implícita (involuntária e imediata), cujas definições só foram esclarecidas nos anos 1990 (BROWNELL et al., 2005).

Instrumentos que avaliam o estigma e o preconceito em relação aos obesos são relativamente recentes e têm sido utilizados indicadores explícitos (autoaplicáveis), automáticos ou implícitos (inconscientes) e comportamentais. Os instrumentos que avaliam atitudes e estereótipos de forma explícita são os mais empregados em estudos acerca desta temática (BROWNELL et al., 2005).

Uma revisão da literatura identificou onze escalas utilizadas em trabalhos sobre esta temática (ALLISON et al., 1991; CRANDALL, 1994; LEWIS et al., 1997; MORRISON e O'CONNOR, 1999; BACON et al., 2001; BRANDSMA, 2005; PUHL et al., 2005; LATNER et al., 2008; WATSON et al., 2008, IP et al., 2013) (Anexo 1).

Considerando-se esta revisão, o Antifat Attitudes Test - AFAT- (LEWIS et al., 1997) destacou-se como método de análise do construto. Tal escolha se deu por ele ser mais completo e apresentar questões que abordam três dimensões: depreciação social e do caráter; não atratividade física e romântica; e controle do peso e culpa; a escala apresenta características psicométricas satisfatórias, consistência interna adequada e foi empregada anteriormente em estudos com alunos de graduação (CHAMBLISS et al., 2004; RUKAVINA et al., 2008; RUKAVINA et al., 2010).

1.6 JUSTIFICATIVA

Considerando a conjuntura epidemiológica desenhada pelo aumento da prevalência da obesidade no Brasil, a relevância dos estudos internacionais sobre essa temática, raros estudos nacionais com o foco do preconceito e estigma para com obesidade, e considerando principalmente a significância da atuação dos nutricionistas no tratamento e controle da doença, a investigação de atitudes em relação à obesidade - por parte de estudantes da nutrição - se justifica.

Estes estudantes serão os futuros profissionais a lidar com o problema, portanto, o resultado deste projeto poderá direcionar uma discussão sobre uma formação mais ampla e humanizada com relação à atenção à saúde do indivíduo obeso.

Considerando-se ainda, que a literatura internacional explora o construto de várias maneiras, em públicos diversos, e que instrumentos padronizados foram desenvolvidos especificamente para a investigação de estigma e preconceito com relação à obesidade e ao indivíduo obeso, é de importância que possamos validar e utilizar testes e escalas específicos na avaliação do fenômeno e desta forma ampliar o conhecimento do tema em outra realidade: a brasileira.

Neste contexto, define-se a pergunta de partida que norteia este trabalho: “Os estudantes de nutrição apresentam atitudes negativas e preconceito em relação aos indivíduos obesos e à obesidade?”.

As hipóteses deste estudo são que existem atitudes negativas e preconceito entre os estudantes de graduação em nutrição em relação aos

indivíduos obesos - conforme resultados de outros estudos publicados na literatura internacional; que as atitudes negativas e preconceito podem variar segundo curso, ano da graduação, gênero, estado nutricional, imagem corporal e fatores de desenvolvimento da obesidade; que podem existir diferenças na recomendação de procedimentos que seriam indicados à pacientes apenas em função de seu estado nutricional (mesmo que este não se relacione a queixa principal) por estudantes de nutrição.

A identificação de quais fatores determinantes da obesidade os estudantes consideram relevantes pode ajudar a elucidar a relação entre suas atitudes e as “causas” indicadas, pois acreditar que a obesidade é causada por comportamentos adotados pelo próprio indivíduo, culpabilizando o mesmo por sua condição, está relacionado à maior presença de preconceito e atitudes negativas.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a existência de atitudes negativas em relação aos indivíduos obesos entre estudantes universitários de nutrição.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Analisar a presença de preconceito em relação aos obesos e à obesidade e verificar a influência das características da amostra sobre as atitudes para com obesidade e indivíduos obesos;

b) Comparar atitudes com relação aos indivíduos obesos entre os estudantes de nutrição segundo o ano do curso, sexo, estado nutricional, idade, presença de obesidade na família, estado civil, cor da pele, prática de dieta, percepção e satisfação com a imagem corporal e nível socioeconômico;

c) Analisar a relação entre os fatores determinantes da obesidade e as atitudes negativas em relação aos indivíduos obesos;

d) Verificar se o peso corporal do paciente influencia a decisão do estudante de graduação em nutrição acerca do tratamento indicado, percepção e avaliação de seu estado de saúde.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

A presente dissertação caracteriza um estudo do tipo observacional transversal. Os desfechos são as atitudes e crenças dos estudantes de

graduação do curso de nutrição em relação aos indivíduos obesos e à obesidade.

Este estudo faz parte de um projeto de pesquisa maior denominado “Estudo de Saúde de Nutricionistas - NutriHS”, conduzido pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP), inicialmente com estudantes de nutrição no estado de São Paulo.

O NutriHS tem os objetivos gerais de: 1) Conhecer hábitos de vida (alimentação, atividade física, tabagismo), perfil sócio demográfico e antecedentes familiares de doenças crônicas não transmissíveis; 2) Traçar o perfil antropométrico e a composição corporal; 3) Avaliar o perfil bioquímico relativo aos fatores de risco cardiovascular clássicos e aos emergentes; 4) Avaliar a associação de variáveis de composição corporal com biomarcadores de risco cardiovascular; 5) Analisar a composição da microbiota intestinal e sua associação com hábitos alimentares e com biomarcadores de risco cardiovascular; 6) Avaliar a existência de atitudes e crenças negativas em relação aos indivíduos obesos.

3.2 LOCAL

O NutriHS tem avaliado estudantes de graduação em Nutrição da cidade de São Paulo na FSP-USP e de universidades e faculdades particulares. A divulgação do estudo ocorreu após a anuência das universidades e faculdades de maneira presencial, durante aulas e

palestras, e através da Internet, em redes sociais e página da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Foram entregues aos estudantes cartões contendo o nome da pesquisa e as orientações para participação.

Os interessados em participar foram orientados a acessar a página do projeto que está vinculada ao site da FSP-USP (<http://www.fsp.usp.br/nutrihs/index.html>). Na página o aluno faz o seu cadastro de senha de acesso específica e individual (intransferível), e é imediatamente encaminhado ao link do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 2). Após clicar assegurando que leu e concorda com todos os termos do TCLE, o aluno passa ao preenchimento *online* dos instrumentos relacionados ao estudo.

3.3 AMOSTRA

A amostra compõe estudantes de graduação em nutrição. Este curso foi escolhido considerando-se que após a conclusão do curso, em sua atuação profissional, os futuros profissionais possivelmente terão contato e estarão envolvidos no cuidado e tratamento de indivíduos com obesidade nos diversos níveis de atenção à saúde.

Os critérios de inclusão foram: idade entre 18 e 40 anos e cursar entre o primeiro e o último ano de graduação em nutrição.

3.3.1 Cálculo da Amostra

O desfecho deste estudo não tem uma prevalência conhecida. O fenômeno “*weight bias*” é estudado com instrumentos variados em populações diversas. Desta forma, um cálculo foi realizado no software GPower 3.1.7 utilizando um nível de significância de $p < 0,05$, 28 graus de liberdade, tamanho do efeito de 15% e poder observado de 80%, chegando a um N de 218 indivíduos para uma análise em modelo linear geral de várias interações.

O número mínimo que se pretendia alcançar foi, portanto, de 251 alunos, que corresponde ao valor calculado de 218 mais 15% de possíveis perdas.

3.4 VARIÁVEIS

O Quadro 2 apresenta as variáveis do estudo e sua classificação, que estão descritas detalhadamente a seguir.

Quadro 2 – Classificação das variáveis do estudo.

Conjunto de variáveis	Variável	Classificação da variável
Sócio demográficas	Idade (anos)	Quantitativa contínua
	Sexo (masculino ou feminino)	Qualitativa nominal
	Universidade ou faculdade	Qualitativa nominal
	Ano do curso (1º, 2º, 3º, 4º, 5º ou 6º)	Qualitativa ordinal
	Renda familiar per capita mensal (reais)	Quantitativa contínua
	Escolaridade do chefe da família	Qualitativa nominal
	Presença de obesidade na família	Qualitativa nominal
	Prática de dieta específica	Qualitativa nominal
Estado nutricional	Peso referido (quilos)	Quantitativa contínua
	Estatura referida (metros)	Quantitativa contínua
	IMC* (kg/m ²)	Qualitativa ordinal
Imagem corporal	Percepção da imagem corporal (distância entre o número da figura referente ao IMC* real e o número da figura indicada como imagem percebida)	Qualitativa ordinal
	Satisfação com a imagem corporal (distância entre o número da figura referente ao IMC* real e o número da figura indicada como desejada)	Qualitativa ordinal
Fatores de desenvolvimento da obesidade	18 fatores (escala likert 5 pontos)	Quantitativa contínua
Atitudes e crenças em relação aos obesos e à obesidade	Escore da escala AFAT	Quantitativa contínua
Influência da obesidade na conduta indicada pelos estudantes de nutrição	Questionários específicos	Qualitativa nominal

* IMC = Índice de Massa Corpórea

a) Sócio demográficas: ao entrar no site NutriHS e fazer o cadastro, os participantes tem acesso ao Questionário Sociodemográfico e de Avaliação de saúde (Anexo 3), no qual devem informar sexo, data de nascimento, peso e altura, cor da pele, qual período da graduação está cursando, estado civil, com quem reside, nível de escolaridade do pai ou responsável, renda familiar, quantas pessoas moram na casa, se trabalha ou estagia e quantas horas por semana, tipo de instituição de ensino que cursa graduação em Nutrição, cidade onde mora, cidade onde faz faculdade – além de algumas questões sobre estado de saúde, como uso de medicamentos, presença de doenças, doenças em familiares de primeiro grau, uso de dieta específica, consumo de bebidas alcoólicas e fumo.

b) Estado nutricional: o peso e a altura foram utilizados para classificação do estado nutricional segundo IMC, calculado pela fórmula: $IMC = \text{peso} / \text{altura}^2$, utilizando as categorias de estado nutricional da Organização Mundial da Saúde (2006) como baixo peso, eutrofia, excesso de peso e obesidade conforme o Quadro 3.

Quadro 3 - Classificação do Índice de Massa Corpórea segundo a Organização Mundial de Saúde.

IMC (kg/m²)	Classificação
Abaixo 18,5	Baixo Peso
18,5 – 24,9	Eutrofia
25 – 29,9	Sobrepeso
30 – 34,9	Obesidade grau I
35 – 39,9	Obesidade grau II
Acima de 40	Obesidade grau III

Fonte: WHO, 2006.

Embora o peso e altura sejam informados e não mensurados, BOWMAN e DELUCIA (1992) concluíram a partir de um estudo de meta análise que o uso de dados relatados são boa estimativa das medidas atuais. No Brasil, alguns estudos encontraram elevada consistência entre dados relatados e mensurados, sendo que os dados relatados foram considerados medidas confiáveis quando a medida atual não pode ser avaliada (FONSECA et al., 2004; PEIXOTO et al., 2006).

c) Imagem corporal: percepção e satisfação com a imagem corporal avaliados pela Escala de Silhuetas Brasileiras (KAKESHITA et al., 2009) - descrito em instrumentos a seguir.

d) Fatores de desenvolvimento da obesidade: as crenças em relação às causas da obesidade serão avaliadas utilizando-se os fatores adaptados e traduzidos dos estudos de HARVEY et al. (2002) e FOSTER (2003); além de outros considerados pertinentes. Tal lista totalizou 18 fatores: 1) falta de força de vontade ou controle, 2) vício/ dependência em comida, 3) inatividade física, 4) alterações emocionais e de humor (depressão,

ansiedade), 5) fatores genéticos, 6) alterações metabólico-hormonais, 7) fazer dietas restritivas repetidamente (efeito "sanfona"), 8) personalidade, 9) fatores extrínsecos (família, amigos, ambiente, mídia), 10) comer alimentos inadequados, 11) comer uma quantidade maior que a necessária, 12) falta de conhecimentos em alimentação e nutrição, 13) aumento da disponibilidade de alimento, das porções vendidas e consumo de refeições fora do lar, 14) condição socioeconômica desfavorável, 15) não considerar o excesso de peso um problema, 16) gostar muito de comer, 17) baixa autoestima, e 18) falta de consciência sobre seu peso. As respostas foram dadas em escala *Likert*, com as opções: 1= sem importância, 2= pouco importante, 3= importante, 4= muito importante e 5= extremamente importante; sendo que o maior escore indica maior estigmatização (Anexo 4).

d) Atitudes em relação aos obesos e à obesidade: as atitudes em relação à obesidade e ao indivíduo obeso foram avaliadas por meio da escala *Antifat Attitudes Test* – AFAT (LEWIS et al., 1997) – para a qual foi realizado o processo de adaptação transcultural (ver artigo a ser submetido no Anexo 5).

e) Influência da obesidade na conduta indicada pelos estudantes de nutrição avaliada através de respostas indicadas em casos hipotéticos – descrito em instrumentos a seguir.

Os instrumentos foram respondidos na seguinte ordem no site da pesquisa: 1) Questionário sócio-demográfico e estado nutricional; 2) Caso

hipotético; 3) Antifat Attitudes Test (AFAT); 4) Questionário acerca dos fatores de desenvolvimento da obesidade; 5) Escala de silhuetas.

Os alunos não possuíam acesso aos três últimos questionários até que respondessem de forma completa os dois primeiros, o que evitou que o conhecimento dos questionários dirigidos especificamente à questão da obesidade influenciasse na resposta dos alunos ao caso hipotético sorteado.

3.5 INSTRUMENTOS

3.5.1 Escala de Silhuetas Brasileiras

A Escala de Silhuetas Brasileiras para adultos é composta por 15 figuras de silhuetas (Anexo 6), para as quais as médias de IMC correspondentes a cada figura variam de 12,5 a 47,5 kg/m², com diferença constante de 2,5 pontos, sendo utilizada para avaliar a percepção e satisfação com a imagem corporal. A escala apresenta coeficiente de correlação entre teste e reteste positivo e significativo para o IMC real e IMC percebido como atual (KAKESHITA et al., 2009).

As figuras são apresentadas com duas perguntas: “Qual figura melhor representa seu corpo atual?” e “Qual figura melhor representa o corpo que você gostaria de ter?”. Cada figura possui um valor numérico que aumenta de acordo com o IMC que a figura representa (1 a 15).

O grau de insatisfação corporal é obtido pela diferença entre as figuras que representam o corpo atual e o que gostaria de ter, ou seja, a

figura indicada na questão “Qual figura melhor representa o corpo que você gostaria de ter?” – silhueta ideal (Figura 1).

Figura 1 – Esquema para avaliação da insatisfação corporal.

A percepção da imagem corporal é avaliada seguindo o mesmo raciocínio, comparando o IMC real (calculado a partir do peso e da estatura referidos) com o IMC correspondente à figura indicada na pergunta “Qual figura melhor representa seu corpo atual?” – silhueta atual (KAKESHITA et al., 2009) (Figura 2).

Figura 2 – Esquema para avaliação da percepção corporal.

Para a aplicação da escala no presente projeto foi necessário realizar uma adaptação devido ao tamanho da amostra e condições de coleta de dados. As figuras em seu formato original – considerando que a aplicação da escala indicada pelos autores envolve o uso das figuras separadamente em cartões que são apresentados aos participantes de maneira presencial - foram solicitadas aos autores para a confecção de material visual com as figuras em uma única página, uma vez que o questionário foi administrado

em formato *on-line*. Foi realizado um estudo piloto empregando as duas formas de aplicação para verificar se haveria diferença nos resultados – com anuência e orientação dos autores da escala.

Participaram desta avaliação 17 estudantes de graduação em Nutrição e 20 alunos de pós-graduação em Nutrição em Saúde Pública (19 a 54 anos; média de 29,3 anos). Estes estudantes responderam primeiramente a escala de forma presencial e após 7 dias de forma *online*. O teste de Wilcoxon evidenciou que não houve diferença entre as respostas presenciais e *on-line* para silhueta escolhida como atual [$Z -1,102$ ($p=0,270$)] ou ideal [$Z -1,184$ ($p=0,237$)]. Desta forma o uso da escala de forma online foi adotado e aprovado pelos autores do instrumento original.

3.5.2 *Antifat Attitudes Test* – AFAT

O AFAT foi desenvolvido com estudantes de graduação americanos através da elaboração de 47 questões, das quais 34 atingiram os valores mínimos na análise fatorial de componentes principais e foram incluídas em uma das três subescalas/dimensões durante a análise estatística conduzida por LEWIS et al. (1997):

- 1) Depreciação social e do caráter, incluindo as questões 6, 7, 8, 9, 11, 12, 14, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 30, 33;
- 2) Não atratividade física e romântica, com os itens 2, 4, 5, 10, 17, 24, 26, 27, 29, 31; e

3) Controle do peso e culpa, incluindo as questões 1, 3, 13, 15, 18, 25, 28, 32, 34.

A subescala “Depreciação social e do caráter” inclui itens que descrevem características socialmente indesejáveis relacionadas à personalidade e desprezo social do indivíduo obeso. A subescala “Não atratividade física e romântica” possui itens que refletem a percepção de que pessoas obesas são desajeitadas e inaceitáveis como parceiras românticas. Por fim, a subescala “Controle do peso e culpa” traz afirmações relacionadas às crenças em relação à responsabilidade do obeso sobre seu peso, com maiores pontuações refletindo maior crença de que o peso dos indivíduos obesos está sob seu controle (por meio de comportamentos) ao invés de estar sob influência maior dos aspectos biológicos.

A escala apresenta características psicométricas satisfatórias, consistência interna adequada (Alpha de Cronbach 0.95) e foi empregada anteriormente em estudos com alunos de graduação (CHAMBLISS et al., 2004; RUKAVINA et al., 2008; RUKAVINA et al., 2010). No presente projeto, assim como nos estudos realizados por RUKAVINA et al. (2008) e RUKAVINA et al. (2010) serão utilizadas as 34 questões com opções de resposta variando entre “Não concordo em nada” e “Concordo totalmente”, sendo que maiores escores refletem atitudes mais negativas em relação à obesidade e aos indivíduos obesos (Anexo 7).

Para utilização do AFAT na língua portuguesa foi realizada a adaptação transcultural segundo os procedimentos propostos por

REICHENHEIM e MORAES (2007), que envolve as equivalências: conceitual, de itens, semântica, operacional e de mensuração.

As análises realizadas demonstraram boa equivalência em todas as etapas da adaptação para a versão em português da AFAT, denominada “Escala de Atitudes Anti-obesidade”, com boas propriedades psicométricas: consistência interna de 0,85 (α de Cronbach) e confiabilidade teste reteste de 0,83 (Coeficiente Correlação Intraclass).

A análise fatorial confirmatória permitiu que as subescalas/dimensões da escala original (a: “Depreciação social e do caráter”, b: “Não atratividade física e romântica” e c: “Controle do peso e culpa”) fossem mantidas na versão adaptada para o Português. As subescalas a e b tiveram boa consistência interna (0,72 e 0,70 respectivamente), e a subescala c consistência interna satisfatória (0,62) – ver Anexo 5.

3.5.3 Instrumento para Avaliar a Influência da Obesidade na Percepção e na Conduta Indicada pelos Estudantes de Nutrição

O objetivo desta avaliação foi verificar a conduta nutricional indicada para um de quatro perfis hipotéticos de pacientes referenciados a um nutricionista após receber o diagnóstico de intolerância à lactose, adaptados de PUHL et al. (2009):

- A) Sexo masculino e eutrófico;
- B) Sexo feminino e eutrófica;
- C) Sexo masculino e obeso; e

D) Sexo feminino e obesa.

Nos perfis foram descritos idade, sexo, peso, estatura e IMC. Além de pressão arterial, colesterol total sérico e frações (HDL e LDL), glicemia de jejum, consumo energético total/dia, percentual da energia consumido em gorduras, carboidratos e proteínas, consumo de frutas/dia, consumo de verduras e legumes/dia, consumo de fibras/dia, horas de sono/dia e atividade física – com valores dentro dos considerados adequados segundo as recomendações vigentes. Com exceção do peso e do IMC, que foram alterados nos perfis com obesidade, as demais informações serão idênticas para os perfis do mesmo sexo (Anexo 8).

Foram verificadas diferenças na indicação de procedimentos que seriam realizados durante a consulta, estratégias de aconselhamento e/ou orientação oferecidas ao paciente, avaliação da dieta e da saúde do paciente e reações afetivas e comportamentais dos estudantes em relação aos pacientes através de questões adaptadas dos estudos conduzidos por CAMPBELL e CRAWFORD (2000), HEBL e XU (2001), HARVEY et al. (2002), FOSTER et al. (2003) e PUHL et al. (2009) (Anexo 8).

Este questionário foi respondido pelos estudantes antes da AFAT, pois se considerou que o contato prévio com a escala poderá influenciar as condutas dos estudantes diante dos casos apresentados, principalmente nos casos em que os pacientes hipotéticos são obesos, o que poderia afetar os resultados da pesquisa.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Atendendo às recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Pesquisa (BRASIL, 1996), o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Anexo 9) - Parecer nº 540.976 e 991.542.

Na página da pesquisa (<http://www.fsp.usp.br/nutrihs/index.html>) após realizar o cadastro o aluno foi imediatamente encaminhado ao link do TCLE (Anexo 2). O preenchimento dos instrumentos só se deu após o aluno clicar assegurando que leu e concordou com todos os termos do TCLE.

3.7 ANÁLISE DOS RESULTADOS

As análises foram conduzidas no software SPSS 17.0 (*Statistical Package for Social Science Inc.*, Chicago, Illinois USA). O nível de significância adotado foi de 5%.

As médias das figuras escolhidas como atual e desejada, e as médias da diferença entre a figura atual e a correspondente ao IMC real (percepção corporal) e da diferença entre a figura atual e a desejada (insatisfação corporal) foram comparadas entre os sexos através de Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney. Para o sexo feminino, as mesmas médias também foram comparadas entre as categorias de IMC através de um modelo de Anova de um fator seguida de *Post hoc* de Tukey HSD. Esta última análise não foi

realizada para o sexo masculino devido ao número reduzido da amostra nesta etapa do estudo (N=12).

A investigação das crenças em relação às causas da obesidade foi conduzida por meio do escore médio (segundo pontuação da escala Likert) e frequência de concordância e discordância, seguindo os modelos dos trabalhos publicados (CORI et al., 2015). As causas consideradas mais estigmatizadoras (falta de força de vontade ou controle, vício/dependência em comida, alterações emocionais e de humor, personalidade, falta de conhecimentos em alimentação e nutrição, não considerar o excesso de peso um problema, gostar muito de comer, baixa autoestima e falta de consciência sobre seu peso) foram mantidas na ordem da escala Likert crescente e as menos estigmatizadoras ou neutras (inatividade física, fatores genéticos, alterações metabólico-hormonais, fazer dietas restritivas repetidamente, fatores extrínsecos, comer alimentos inadequados, comer uma quantidade maior do que a necessária, aumento da disponibilidade de alimento, das porções vendidas e consumo de refeições fora do lar, e condição socioeconômica desfavorável) foram invertidas. Calculou-se então um escore – pontuações maiores refletem crenças em causas mais estigmatizadoras – e este foi correlacionado com a pontuação na AFAT total e subescalas, percepção e insatisfação corporal e IMC utilizando o coeficiente de correlação de Pearson.

O escore na AFAT total e subescalas (variáveis dependentes) foram avaliados com relação às universidades, anos de graduação, sexos, renda, presença de obesidade na família, estado civil, cor da pele, escolaridade do

chefe da família, IMC e percepção e insatisfação com a imagem corporal (variáveis independentes). Utilizou-se análise de regressão linear simples para compor um modelo de regressão linear múltiplo com seleção das variáveis regressiva (*backward stepwise*) que explicasse a variabilidade na escala total e nas subescalas. Todas as variáveis foram inseridas no modelo linear simples e somente aquelas em que $p < 0,20$ foram incluídas no modelo de regressão múltipla. Foram analisados os pressupostos do modelo – distribuição normal, homogeneidade e independência dos erros. As duas primeiras suposições foram avaliadas pela inspeção gráfica e o pressuposto da independência foi validado com a estatística de Durbin-Watson. Empregou-se o VIF para diagnosticar a multicolinearidade.

A pontuação total na AFAT e subescalas foi comparada isoladamente entre homens e mulheres através do Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney.

A distribuição aleatória dos casos hipotéticos (1, 2, 3 e 4) entre os alunos foi testada por meio do Qui-quadrado. A comparação das respostas dos estudantes em relação à AFAT, tempo de atendimento, avaliação do estado de saúde, qualidade da dieta e quantidade de energia, e reações e percepções em relação aos pacientes hipotéticos sorteados (1- mulher eutrófica, 2- mulher obesa, 3- homem eutrófico, 4- homem obeso) foi realizada por meio do Teste de Kruskal Wallis, seguido de Teste de Comparações Múltiplas das Médias das Ordens para identificar quais variáveis apresentaram diferença estatisticamente significativa.

Ainda com relação aos casos hipotéticos, as variáveis “Procedimentos e condutas” e “Estratégias de tratamento” tiveram os percentuais de respostas Sim e Não analisados por meio do método exato de Fisher.

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERÍSTICAS SÓCIODEMOGRÁFICAS E ESTADO NUTRICIONAL

Participaram do estudo 335 alunos de graduação em nutrição, de 6 universidades públicas e particulares, cursando do 1º ao 5º ano. Nem todos os alunos responderam todos os instrumentos da pesquisa, e o N será indicado em cada uma das etapas da descrição dos resultados. Em cinco das universidades o curso possui quatro anos de duração e apenas uma universidade oferece o curso com duração de cinco anos, portanto, observa-se um número menor de alunos (n=12) nesta última categoria (Tabela 1).

Tabela 1 – Análise descritiva das características da amostra total (N=335) e segundo sexo.

Característica	Total		Masculino		Feminino	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Idade (anos)	23,49	4,87	23,67	3,47	23,48	4,95
Peso (kg)	61,69	12,28	76,67	15,61	60,69	11,37
Estatura (m)	1,63	0,07	1,76	0,08	1,63	0,07
IMC	23,03	4,02	24,75	3,91	22,91	4,01

IMC: Índice de Massa Corpórea.

A média de idade foi de 23 anos; e a amostra foi composta principalmente por estudantes do 1º ano, sexo feminino, solteiros, brancos e com renda familiar entre 1 e 5 salários mínimos, conforme a Tabela 2.

A média de IMC foi de 23 kg/m² e a estratificação do estado nutricional demonstrou que a maioria era eutrófica, seguida por sobrepeso. Os alunos que apresentavam obesidade grau I, II e III foram agrupados devido a seu reduzido número.

Tabela 2 – Análise de frequência da amostra de estudantes de Nutrição (N=335) segundo variáveis sócio demográficas.

Características		N	%
Sexo	Feminino	314	93,7
	Masculino	21	6,3
	Total	335	100,0
Cor da pele	Branca	218	65,1
	Negra	23	6,9
	Parda	79	23,6
	Amarelo	10	3,0
	Indígena	3	0,9
	Não informado	2	0,5
	Total	335	100,0
Estado civil	Solteiro (a)	290	86,6
	Casado (a) ou União Estável	36	10,7
	Divorciado (a)	9	2,7
	Total	335	100,0
Ano Graduação	1º ano	133	39,7
	2º ano	70	20,9
	3º ano	62	18,5
	4º ano	58	17,3
	5º ano	12	3,6
	Total	335	100,0

Continua

Tabela 2 – Análise de frequência da amostra de estudantes de Nutrição (N=335) segundo variáveis sócio demográficas.

		Continuação	
Características		N	%
Escolaridade do chefe da família	Nunca foi a escola	4	1,2
	1º grau incompleto	83	24,8
	1º grau completo	35	10,4
	2º grau completo	110	32,8
	Universitário	76	22,7
	Pós Graduação	27	8,1
	Total	335	100,0
Renda familiar	< 1 salário mínimo	11	3,3
	1 - 5 salário mínimo	195	58,2
	6 - 10 salários mínimos	72	21,5
	> 10 salários mínimos	36	10,7
	Não informado	21	6,3
	Total	335	100,0
Obesidade na família	Não	247	73,7
	Sim	88	26,3
	Total	335	100,0
Prática de dieta específica	Não	307	91,6
	Sim	28	8,4
	Total	335	100,0
Estado Nutricional	Baixo Peso	25	7,5
	Eutrofia	221	66,4
	Sobrepeso	69	20,7
	Obesidade	18	5,4
	Total	333	100,0
Universidade / faculdade	USP	72	21,5
	São Camilo	24	7,2
	UNIP	22	6,6
	FMU	185	55,2
	Mackenzie	12	3,6
	São Judas	16	4,8
	Outras	4	1,1
	Total	335	100,0

Pode-se observar também que aproximadamente um quarto dos participantes referiu presença de pessoas obesas na família – especialmente

a mãe (Tabela 3) - e uma minoria referiu seguir alguma dieta específica – mesmo listando aí “alimentação saudável” (Tabela 4).

Tabela 3 – Presença de obesidade na família dos estudantes segundo relação de parentesco.

Relação de parentesco	N	%
Mãe	29	8,7
Pai	13	3,9
Pai e mãe	11	3,3
Irmão(s)	9	2,7
Parentes distantes	5	1,5
Mãe e outro	4	1,2
Pai e outro	4	1,2
Avós	3	0,9
Total	78	23,4

Tabela 4 – Tipo de dieta específica referida pelos estudantes de nutrição.

Tipo de dieta	N	%
Alimentação saudável	8	2,4
Hipertrofia	6	1,8
Vegetariana	4	1,2
Hipercalórica	2	0,6
Hipocalórica	2	0,6
Contagem de carboidratos	1	0,3
Dieta da moda	1	0,3
Hipogordurosa	1	0,3
Hipossódica	1	0,3
Sem glúten e sem lactose	1	0,3
Total	27	8,1

4.2 PERCEPÇÃO E INSATISFAÇÃO CORPORAL

Responderam a esta etapa da pesquisa participaram 252 alunos (sendo 12 homens).

A média das figuras escolhidas pelos estudantes do sexo masculino na Escala de Silhuetas Brasileiras foi de 6,25 para o corpo atual e 5,75 para o corpo desejado. A maioria dos homens escolheu as figuras 3 e 4 como a correspondente ao seu corpo atual (referente ao IMC médio 17,5 e 20,0kg/m², respectivamente); e a maioria escolheu as figuras 4 e 5 como a que correspondia ao corpo desejado (referente ao IMC médio 20,0 e 22,5kg/m², respectivamente) – Tabela 5.

A média das figuras escolhidas pelos estudantes do sexo feminino foi de 6,49 para o corpo atual e 5,33 para o corpo desejado. A maioria das mulheres escolheu as figuras 5 e 6 como a que representava o seu corpo atual (correspondente ao IMC médio 22,5 e 25,0kg/m², respectivamente), mas com amplitude maior de escolha do que os homens; e a maioria também escolheu as figuras 5 e 6 como a que representava o corpo desejado.

Tabela 5 - Distribuição de figuras escolhidas na Escala de Silhuetas Brasileiras segundo sexo dos estudantes de nutrição (N= 252).

Figura	Masculino		Feminino	
	Atual N (%)	Desejado N (%)	Atual N (%)	Desejado N (%)
1	-	-	3 (1,2)	3 (1,2)
2	-	-	9 (3,8)	8 (3,3)
3	3 (25,0)	-	21 (8,8)	14 (5,8)
4	2 (16,7)	2 (16,7)	21 (8,8)	45 (18,8)
5	-	4 (33,3)	38 (15,9)	55 (22,9)
6	1 (8,3)	3 (25,0)	36 (15,1)	68 (28,3)
7	1 (8,3)	2 (16,7)	29 (12,1)	24 (10,0)
8	2 (16,7)	-	36 (15,1)	20 (8,3)
9	2 (16,7)	1 (8,3)	17 (7,1)	3 (1,3)
10	-	-	8 (3,3)	-
11	1 (8,3)	-	10 (4,2)	-
12	-	-	3 (1,3)	-
13	-	-	5 (2,1)	-
14	-	-	3 (1,3)	-
15	-	-	-	-
Total	12 (100,0)	12 (100,0)	239 (100,0)	240 (100,0)

A percepção corporal, obtida por meio da média das diferenças entre o número correspondente da figura atual e o número da figura que representa o IMC real, resultou em um valor positivo tanto para os homens, quanto para as mulheres, o que indica que em geral ambos se percebem com uma silhueta maior do que a que possuem (Tabela 6).

Com relação à insatisfação corporal, obtida pela média das diferenças entre o número da figura referente ao corpo atual e o número da figura do corpo desejado, o valor foi negativo para homens e mulheres - o que sugere que ambos gostariam de ter uma silhueta corporal correspondente a um IMC inferior ao que possuem atualmente (Tabela 6).

Tabela 6 – Figuras apontadas como correspondentes ao corpo atual e corpo desejado na Escala de Silhuetas Brasileiras, percepção corporal e insatisfação corporal segundo sexo dos estudantes de nutrição (N= 335).

Variável	Masculino Média (DP)	Feminino Média (DP)	p
Figura correspondente ao corpo atual	6,25 (2,80)	6,49 (2,70)	0,834
Figura correspondente ao corpo desejado	5,75 (1,40)	5,33 (1,58)	0,479
Percepção corporal (figura atual – IMC real)	0,33 (1,87)	1,38 (1,74)	0,016
Insatisfação corporal (figura atual – desejada)	-0,50 (2,61)	-1,16 (2,01)	0,328

IMC = Índice de Massa Corpórea

Observa-se que não houve diferença entre as médias das figuras escolhidas como atual e desejada entre os sexos, bem como na insatisfação corporal. No entanto, as mulheres se percebem significativamente maiores do que os homens.

A distribuição das variações entre a figura apontada pelos estudantes como a atual e a desejada está apresentada na Tabela 7.

Tabela 7 – Insatisfação corporal (figura atual – desejada) segundo sexo dos estudantes de nutrição (N=250).

Variação entre figura corpo atual e figura desejada	Feminino		Masculino	
	N	%	N	%
-7,0	1	0,4	0	0,0
-6,0	5	2,1	0	0,0
-5,0	10	4,2	0	0,0
-4,0	7	2,9	3	25,0
-3,0	28	11,8	0	0,0
-2,0	57	23,9	1	8,3
-1,0	47	19,7	2	16,7
0	31	13,0	1	8,3
1,0	30	12,6	2	16,7
2,0	16	6,7	1	8,3
3,0	4	1,7	2	16,7
4,0	2	0,8	0	0,0
Total	238	100,0	12	100,0

Observa-se que apenas 13% das mulheres e 8% dos homens escolheram a mesma figura como a atual e a desejada, sendo assim, a maioria apresenta alguma insatisfação com o corpo que possui – desejando-o maior ou menor. No caso das mulheres 65% desejavam corpo menor, e os homens 50,0%. Considerando-se que o IMC máximo de uma figura é igual ao IMC mínimo da figura seguinte (Anexo 6), a diferença ≥ 2 é um indicativo melhor de insatisfação, neste caso 54,5% das mulheres escolheram figuras com 2 pontos de diferença para mais ou para menos em relação àquela que representa o seu corpo atual; para os homens esse valor foi de 58,3%.

A distribuição das variações das figuras apontadas pelos estudantes como a atual e a que representa IMC real está representada na Tabela 8.

Tabela 8 – Percepção corporal (figura atual – figura correspondente ao Índice de Massa Corpórea real) segundo sexo dos estudantes de nutrição (N=247).

Variação entre figura corpo atual e figura IMC real	Feminino		Masculino	
	N	%	N	%
-6,0	1	0,4	0	0,0
-5,0	0	0,0	0	0,0
-4,0	1	,4	0	0,0
-3,0	1	,4	0	0,0
-2,0	7	3,0	0	0,0
-1,0	18	7,7	6	50,0
0	40	20,0	2	16,7
1,0	51	21,7	1	8,3
2,0	66	28,1	2	16,7
3,0	24	10,2	0	0,0
4,0	18	7,7	0	0,0
5,0	6	2,6	1	8,3
6,0	1	0,4	0	0,0
7,0	1	0,4	0	0,0
Total	235	100,0	12	100,0

Nota-se que maioria dos homens e das mulheres (83,3 e 80,0%, respectivamente) percebe a sua imagem corporal diferente da que realmente é. Entre as mulheres, a maior parte (71,1%) percebe o seu corpo maior do que é, e mais da metade apresentam uma diferença $\geq$ duas figuras.

As Tabelas 9 e 10 apresentam a distribuição das variações entre a figura apontada pelos estudantes como a atual e a desejada e a distribuição das variações entre a figura apontada pelos estudantes como a atual e a correspondente ao IMC real segundo sexo e categorias do estado nutricional, respectivamente.

Tabela 9 - Insatisfação corporal (figura atual – desejada) segundo sexo e categorias do estado nutricional dos estudantes de nutrição (N=249).

Insatisfação corporal	Sexo													
	Feminino							Masculino						
	Estado nutricional							Estado nutricional						
	Baixo peso		Eutrofia		Sobrepeso		Obesidade		Eutrofia		Sobrepeso		Obesidade	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
-7,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
-6,0	0	0,0	0	0,0	1	2,2	4	30,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
-5,0	0	0,0	1	0,6	6	13,0	3	23,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
-4,0	0	0,0	4	2,6	2	4,3	1	7,7	1	12,5	1	50,0	1	50,0
-3,0	0	0,0	10	6,4	17	37,0	1	7,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
-2,0	1	4,5	38	24,4	15	32,6	3	23,1	0	0,0	1	50,0	0	0,0
-1,0	1	4,5	43	27,6	2	4,3	0	0,0	2	25,0	0	0,0	0	0,0
0	1	4,5	28	17,9	2	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0
1,0	9	40,9	21	13,5	0	0,0	0	0,0	2	25,0	0	0,0	0	0,0
2,0	8	36,4	8	5,1	0	0,0	0	0,0	1	12,5	0	0,0	0	0,0
3,0	1	4,5	2	1,3	1	2,2	0	0,0	2	25,0	0	0,0	0	0,0
4,0	1	4,5	1	,6%	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	22	100,0	156	100,0	46	100,0	13	100,0	8	100,0	2	100,0	2	100,0

Tabela 10 - Percepção corporal (figura atual – figura correspondente ao Índice de Massa Corpórea real) segundo sexo e categorias do estado nutricional dos estudantes de nutrição (N=247).

Percepção corporal	Sexo													
	Feminino							Masculino						
	Estado nutricional								Estado nutricional					
	Baixo peso		Eutrofia		Sobrepeso		Obesidade		Eutrofia		Sobrepeso		Obesidade	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
-6,0	0	0,0	0	0,0	1	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
-4,0	0	0,0	1	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
-3,0	0	0,0	0	0,0	1	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
-2,0	1	4,5	6	3,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
-1,0	6	27,3	12	7,7	0	0,0	0	0,0	5	62,5	0	0,0	1	50,0
0	8	36,4	30	19,4	1	2,2	1	8,3	0	0,0	1	50,0	1	50,0
1,0	3	13,6	39	25,2	5	10,9	4	33,3	1	12,5	0	0,0	0	0,0
2,0	4	18,2	39	25,2	20	43,5	3	25,0	2	25,0	0	0,0	0	0,0
3,0	0	0,0	18	11,6	6	13,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
4,0	0	0,0	8	5,2	8	17,4	2	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
5,0	0	0,0	1	0,6	3	6,5	2	16,7	0	0,0	1	50,0	0	0,0
6,0	0	0,0	1	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
7,0	0	0,0	0	0,0	1	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	22	100,0	155	100,0	46	100,0	12	100,0	8	100,0	2	100,0	2	100,0

Observa-se que quanto à insatisfação corporal, o número de mulheres que deseja uma silhueta menor que a atual é crescente de acordo com o estado nutricional (9,1% das com baixo peso, 61,5% das eutróficas, 93,5% das com sobrepeso e 100,0% das obesas). A mesma tendência não se repete para o sexo masculino, para o qual 37,5% dos eutróficos, 100,0% dos homens com sobrepeso e 50% dos obesos desejaram uma silhueta menor.

A avaliação da percepção corporal novamente demonstrou que as mulheres se percebem maiores do que realmente são: 31,8% daquelas com baixo peso, 68,4% das eutróficas, 93,5% das com sobrepeso e 91,7% das obesas escolheram figuras atuais maiores do que as correspondentes ao seu IMC real. No sexo masculino, 37,5% dos eutróficos e 50,0% dos com sobrepeso escolheram uma figura maior do que a real.

A Tabela 11 apresenta as médias das diferenças entre a figura atual e a desejada (insatisfação corporal) e entre a figura atual e a correspondente ao IMC real (percepção corporal) para o sexo feminino.

Tabela 11 – Insatisfação e percepção corporal segundo categorias do estado nutricional para o sexo feminino (N=237).

Variável	Estado nutricional	N	Média (DP)
Insatisfação corporal	Baixo peso	22	1,34 (1,24) ^{a*, b**, c**}
	Eutrofia	156	-0,79 (1,53) ^{b**, c**}
	Sobrepeso	46	-2,70 (1,54) ^{c**}
	Obesidade	13	-4,54 (1,76)
Percepção corporal	Baixo peso	22	0,14 (1,17) ^{a*, b**, c**}
	Eutrofia	155	1,20 (1,56) ^{b**}
	Sobrepeso	46	2,35 (2,01)
	Obesidade	12	2,33 (1,72)

a.Significativamente diferente de eutrofia; b.Significativamente diferente de sobrepeso; c.Significativamente diferente de obesidade

* p<0,05

** p≤0,001

Pode-se observar que a insatisfação corporal aumenta significativamente de acordo com as categorias do estado nutricional, as mulheres com baixo peso desejam em média uma figura maior que a atual e todas as demais categorias de IMC desejam silhuetas menores do que a que possuem.

A percepção corporal das mulheres eutróficas, com sobrepeso e obesidade é significativamente mais alterada do que nas mulheres com baixo peso, ou seja, as primeiras se percebem maiores do que são em relação às segundas; as mulheres com sobrepeso se percebem maiores do que as mulheres eutróficas - e não houve diferença entre as mulheres com sobrepeso e obesidade.

4.3 FATORES DE DESENVOLVIMENTO DA OBESIDADE

Responderam as questões desta etapa da pesquisa 247 estudantes (sendo 13 homens).

A Tabela 12 apresenta as causas da obesidade identificadas pelos alunos em ordem decrescente, ou seja, daquela considerada mais importante até a considerada menos importante na etiologia da obesidade.

Tabela 12 – Distribuição das respostas dos estudantes de nutrição (N=247) sobre os fatores de desenvolvimento da obesidade.

	Média	DP	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	1+2 (%)	4+5 (%)
Inatividade física	4,31	0,83	0,8	2,0	13,0	34,0	50,2	2,8	84,2
Comer uma quantidade maior do que a necessária	4,21	0,88	1,6	1,2	16,6	35,6	44,9	2,8	80,5
Alterações metabólico-hormonais	4,20	0,83	0,8	1,2	17,8	37,7	42,5	2,0	80,2
Vício/dependência em comida	4,19	0,87	0,8	2,0	19,4	32,8	44,9	2,8	77,7
Comer alimentos inadequados	4,19	0,92	1,2	2,0	21,1	28,3	47,4	3,2	75,7
Alterações emocionais e de humor	4,17	0,84	1,2	0,8	18,6	38,9	40,5	2,0	79,4
Aumento da disponibilidade de alimento fora do lar	4,08	0,89	0,0	4,5	22,7	33,6	39,3	4,5	72,9
Baixa autoestima	3,98	0,9	0,4	3,6	27,9	33,6	34,4	4,0	68,0
Falta de conhecimentos em alimentação e nutrição	3,91	1,00	0,8	8,1	25,1	31,2	34,8	8,9	66,0
Não considerar o excesso de peso um problema	3,89	1,05	2,8	5,3	27,9	27,5	36,4	8,1	63,9
Falta de consciência sobre seu peso	3,89	0,94	0,4	5,7	30,4	31,6	32,0	6,1	63,6
Fatores genéticos	3,85	0,92	0,0	6,1	32,8	31,6	29,6	6,1	61,2
Fazer dietas restritivas repetidamente	3,83	0,99	2,8	4,5	28,7	34,8	29,1	7,3	63,9
Falta de força de vontade ou controle	3,80	1,01	1,2	7,3	33,6	26,3	31,6	8,5	57,9
Fatores extrínsecos	3,72	0,99	1,6	7,3	35,6	28,7	26,7	8,9	55,4
Condição socioeconômica desfavorável	3,32	1,05	3,2	18,2	38,5	23,5	16,6	21,4	40,1
Gostar muito de comer	3,29	1,06	4,5	16,2	41,7	21,5	16,2	20,7	37,7
Personalidade	3,12	1,02	5,3	19,8	42,9	21,5	10,5	25,1	32,0

1. Sem importância; 2.Pouco importante. 3. Importante; 4.Muito importante; 5. Extremamente importante

Observa-se que os dois primeiros fatores elencados como os mais importantes na etiologia da obesidade foram inatividade física e comer uma quantidade maior do que a necessária. Ainda, fatores relacionados a aspectos emocionais do indivíduo, como vício/ dependência em comida, alterações emocionais e de humor e baixa autoestima aparecem entre as dez primeiras causas importantes no desenvolvimento da obesidade.

A Tabela 13 apresenta as análises de correlação entre o escore gerado através da soma das pontuações na escala Likert das causas mais estigmatizadoras (falta de força de vontade ou controle, vício/dependência em comida, alterações emocionais e de humor, personalidade, falta de conhecimentos em alimentação e nutrição, não considerar o excesso de peso um problema, gostar muito de comer, baixa autoestima e falta de consciência sobre seu peso) com as pontuações das menos estigmatizadoras ou neutras (inatividade física, fatores genéticos, alterações metabólico-hormonais, fazer dietas restritivas repetidamente, fatores extrínsecos, comer alimentos inadequados, comer uma quantidade maior do que a necessária, aumento da disponibilidade de alimento, das porções vendidas e consumo de refeições fora do lar, e condição socioeconômica desfavorável) invertidas - escores maiores refletem maior crença em causas estigmatizadoras da obesidade - e as pontuações obtidas na AFAT total, subescalas, insatisfação e percepção corporal e IMC.

Tabela 13 – Correlação entre o escore dos fatores de desenvolvimento da obesidade, Escala de Atitudes Anti-obesidade (AFAT) total e subescalas, insatisfação e percepção corporal e Índice de Massa Corpórea dos estudantes de nutrição (N=246)

Variável	Correlação	P
AFAT total	0,206	0,001
Subescala Depreciação social e do caráter	0,158	0,013
Subescala Não atratividade física e romântica	0,127	0,045
Subescala Controle do peso e culpa	0,212	0,001
Insatisfação corporal	-0,219	0,001
Percepção corporal	0,113	0,083
IMC	0,180	0,005

IMC= Índice de Massa Corpórea.

Observa-se que maiores pontuações no escore calculado a partir dos fatores de desenvolvimento se correlacionam positivamente com a AFAT, suas subescalas, com percepção corporal e com o IMC; e negativamente com a insatisfação corporal – mas todos de maneira fraca ($< 0,3$).

4.4 ATITUDES ANTI-OBESIDADE

As atitudes anti-obesidade foram avaliadas por meio da Escala de Atitudes Anti-obesidade - AFAT, responderam de forma completa a escala 254 estudantes (sendo 13 homens).

A Tabela 14 apresenta o percentual de respostas para cada uma das opções dos estudantes na AFAT.

Tabela 14 – Distribuição das respostas dos estudantes de nutrição (N=254) na AFAT.

Afirmação	Média	DP	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	1+2 (%)	4+5 (%)
1) Não existe desculpa para ser gordo	2,43	1,17	24,8	34,3	18,1	18,5	4,3	59,1	22,8
2) Se eu fosse solteiro (a), eu namoraria uma pessoa gorda	2,97	1,16	12,6	17,3	44,1	12,2	13,8	29,9	26,0
3) A maioria dos gordos compra muita besteira (“junk food”)	3,66	1,01	2,4	16,5	9,8	55,1	16,1	18,9	71,2
4) Pessoas gordas não são atraentes	2,2	1,14	33,9	29,9	22,8	8,7	4,7	63,8	13,4
5) Pessoas gordas não deveriam usar em público roupas que mostram demais o corpo	2,83	1,43	28,0	14,6	18,5	24,8	14,2	42,6	39,0
6) Se pessoas gordas não são contratadas para um emprego, a culpa é delas mesmas	1,3	0,69	78,7	15,4	3,5	1,6	0,8	94,1	2,4
7) Pessoas gordas não se importam com nada além de comer	1,51	0,77	61,0	30,7	5,1	2,4	0,8	91,7	3,2
8) Eu perderia o respeito por um(a) amigo(a) que começasse a ficar gordo(a)	1,09	0,42	94,1	3,9	1,2	0,4	0,4	98,0	0,8
9) A maioria das pessoas gordas é chata	1,14	0,42	89,0	8,3	2,8	0,0	0,0	97,3	0,0
10) Eu não acredito que uma pessoa de peso normal se casaria com uma pessoa gorda	1,35	0,85	81,1	9,4	5,5	1,6	2,4	90,5	4,0
11) A sociedade é muito tolerante com as pessoas gordas	1,76	0,95	50,0	31,9	11,8	4,7	1,6	81,9	6,3
12) Quando pessoas gordas fazem exercício, elas parecem ridículas	1,15	0,52	90,2	7,1	1,2	1,2	0,4	97,3	1,6
13) A maioria das pessoas gordas é preguiçosa	2,16	1,09	32,7	36,2	15,7	13,4	2,0	68,9	15,4
14) As pessoas gordas são tão competentes no seu trabalho quanto qualquer um	1,71	1,33	70,5	13,0	3,1	2,0	11,4	83,5	13,4
15) Se as pessoas gordas realmente quisessem emagrecer, elas conseguiriam	3,2	1,24	8,3	28,3	14,2	33,5	15,7	36,6	49,2
16) Ser gordo é pecado	1,12	0,50	92,9	3,5	2,4	0,8	0,4	96,4	1,2
17) É nojento ver pessoas gordas comendo	1,31	0,69	80,3	10,6	7,1	2,0	0,0	90,9	2,0
18) Pessoas gordas não têm força de vontade	1,91	1,00	43,3	33,1	13,0	10,2	0,4	76,4	10,6
19) Eu prefiro não me relacionar com pessoas gordas	1,19	0,52	85,8	9,8	3,5	0,8	0,0	95,6	0,8

Continua

Tabela 14 – Distribuição das respostas dos estudantes de nutrição (N=254) na AFAT.

Afirmação	Média	DP	Continuação						
			1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	1+2 (%)	4+5 (%)
20) A maioria das pessoas gordas é temperamental e difícil de lidar	1,72	0,97	56,7	21,3	15,7	5,5	0,8	78,0	6,3
21) Se coisas ruins acontecem com pessoas gordas, elas merecem	1,06	0,29	96,1	2,4	1,6	0,0	0,0	98,5	0,0
22) A maioria das pessoas gordas não consegue manter as coisas limpas e organizadas	1,25	0,61	83,5	9,4	5,9	1,2	0,0	92,9	1,2
23) A sociedade deveria respeitar os direitos das pessoas gordas	1,58	1,04	70,5	11,4	11,0	3,9	3,1	81,9	7,0
24) É difícil não encarar as pessoas gordas porque elas são pouco atraentes	1,65	0,93	60,6	18,5	16,5	3,5	0,8	79,1	4,3
25) A ideia de que a genética causa obesidade é simplesmente uma desculpa	1,9	1,07	45,7	31,9	12,2	7,1	3,1	77,6	10,2
26) Eu não continuaria num relacionamento amoroso se meu(minha) parceiro(a) se tornasse gordo(a)	1,46	0,90	74,0	12,2	9,1	3,1	1,6	86,2	4,7
27) Eu não entendo como alguém pode se sentir sexualmente atraído por uma pessoa gorda	1,45	0,86	73,6	12,2	11,0	2,0	1,2	85,8	3,2
28) Se as pessoas gordas soubessem quão ruim é sua aparência, elas emagreceriam	1,72	0,98	56,7	22,8	13,4	5,9	1,2	79,5	7,1
29) Pessoas gordas têm tanta coordenação motora quanto qualquer outra	2,56	1,25	24,0	30,7	18,1	20,1	7,1	54,7	27,2
30) Pessoas gordas não são higiênicas	1,31	0,70	79,9	11,0	7,5	1,2	0,4	90,9	1,6
31) Pessoas gordas deveriam ser encorajadas a se aceitarem como são	2,89	1,19	13,0	27,6	26,8	22,4	10,2	40,6	32,6
32) A maioria das pessoas gordas se prende a qualquer desculpa para estar gorda	2,95	1,25	14,2	27,2	18,9	29,1	10,6	41,4	39,7
33) É difícil levar uma pessoa gorda a sério	1,29	0,66	80,7	10,6	7,5	1,2	0,0	91,3	1,2
34) Pessoas gordas não necessariamente comem mais que os outros	2,2	1,22	35,4	33,1	14,2	10,6	6,7	68,5	17,3

1.Não concordo em nada; 2.Não concordo com a maior parte; 3.Nem discordo nem concordo; 4.Concordo com a maior parte; 5.Concordo totalmente.

Considerando que os escores das afirmações relacionadas a atitudes positivas em relação à obesidade e ao obeso (afirmações 2, 14, 23, 29, 31 e 34 – escores foram invertidos), maiores percentuais de respostas 4 e 5 neste caso indicam que os alunos discordam da afirmação e portanto, possuem uma postura mais negativa em relação ao obeso.

Pode-se observar que a imensa maioria dos estudantes concordou com a afirmação “*A maioria dos gordos compra muita besteira (“junk food”)*” e quase metade deles com “*Se as pessoas gordas realmente quisessem emagrecer, elas conseguiriam*”.

Ainda, mais de um terço dos estudantes considera que “*Pessoas gordas não deveriam usar em público roupas que mostram demais o corpo*”, que “*A maioria das pessoas gordas se prende a qualquer desculpa para estar gorda*” e discordam de “*Pessoas gordas deveriam ser encorajadas a se aceitarem como são*”.

A Tabela 15 apresenta as pontuações obtidas pelos participantes na AFAT total, a pontuação total dividida pelo número de afirmações do questionário (34) e as pontuações das subescalas divididas pelo número de questões nas subescalas (15 na subescala “Depreciação social e do caráter”, 10 na “Não atratividade física e romântica”, e 9 na “Controle do peso e culpa”).

Tabela 15 – Pontuações na Escala de Atitudes Anti-obesidade (AFAT) total, dividida pelo número de questões e por subescala dos estudantes de nutrição (N=254) segundo sexo e total.

Variável	Sexo		p	Total
	Feminino	Masculino		Média (DP)
	Média (DP)	Média (DP)		
AFAT total	62,99 (12,81)	75,46 (18,90)	-	62,99 (12,81)
AFAT (total dividida pelo número de questões)	1,83 (0,36)	2,22 (0,56)	0,007	1,85 (0,38)
Subescala Depreciação social e do caráter	1,34 (0,29)	1,52 (0,57)	0,351	1,35 (0,31)
Subescala Não atratividade física e romântica	2,04 (0,51)	2,55 (0,63)	0,005	2,07 (0,53)
Subescala Controle do peso e culpa	2,43 (0,62)	3,02 (0,85)	0,005	2,46 (0,64)

A pontuação na AFAT total foi maior para o sexo masculino e também para as subescalas “Não atratividade física e romântica” e “Controle do peso e culpa”.

Para compreender a influência das variáveis sócio demográficas, estado nutricional e percepção e insatisfação corporal (variáveis independentes) na pontuação da AFAT total e subescalas (variáveis dependentes), foram conduzidas análises de regressão. Todas as variáveis independentes foram inseridas no modelo de regressão simples, mas somente aquelas com $p < 0,20$ foram incluídas no modelo de regressão múltipla final apresentado nas Tabelas 16, 17, 18 e 19.

Tabela 16 – Modelo de regressão linear múltipla para a Escala de Atitudes Anti-obesidade - AFAT total, para os estudantes de nutrição (N= 254).

Preditor	Regressão múltipla				
	Coeficiente	EP	Valor-p	IC95%	
Idade (anos)	0,018	0,004	< 0.001	0,009	0,027
IMC (kg/m ²)	-0,019	0,005	0,001	-0,030	-0,008
Ano de graduação	-0,050	0,018	0,006	-0,086	-0,015
Sexo masculino	0,422	0,101	< 0.001	0,223	0,620

IMC = Índice de Massa Corpórea; EP= Erro padrão; IC95% = Intervalo de 95% de confiança.

O modelo de regressão múltipla indica que a variabilidade na AFAT total é explicada: 1) pela idade, sendo que cada ano de idade a mais é igual a mais 0,02 pontos na escala total; 2) pelo IMC, o aumento do IMC em um ponto diminui o escore em 0,02; 3) pelo ano de graduação, sendo que um ano a mais significa reduzir o escore em 0,05; e 4) pelo sexo, com o sexo masculino pontuando 0,42 a mais que o sexo feminino. O sexo masculino foi utilizado como padrão. Relembrando que estas análises foram realizadas com escore AFAT dividido pelo número de questões, assim a variabilidade no escore é de 0 a 5.

Tabela 17 – Modelo de regressão linear múltipla para a Subescala “Depreciação social e do caráter”, para os estudantes de nutrição (N= 254).

Preditor	Regressão múltipla				
	Coeficiente	EP	Valor-p	IC95%	
Idade (anos)	0,013	0,004	0,001	0,006	0,021
IMC (kg/m ²)	-0,012	0,005	0,013	-0,021	-0,002
Sexo masculino)	0,204	0,086	0,019	0,034	0,373

IMC = Índice de Massa Corpórea; EP = Erro padrão; IC95% = Intervalo de 95% de confiança.

Pode-se observar que a variabilidade na subescala “Depreciação social e do caráter” é explicada: 1) pelo IMC, o aumento do IMC em um

ponto diminui o escore em 0,01; e 2) pelo sexo, com o sexo masculino pontuando 0,20 a mais que o sexo feminino.

Tabela 18 – Modelo de regressão linear simples e múltipla para a Subescala “Não atratividade física e romântica”, para os estudantes de nutrição (N= 254).

Preditor	Regressão múltipla				
	Coeficiente	EP	Valor-p	IC95%	
Idade (anos)	0,025	0,006	< 0.001	0,012	0,037
IMC (kg/m ²)	-0,027	0,008	0,001	-0,042	-0,012
Sexo masculino	0,546	0,142	< 0.001	-0,266	0,826

IMC = Índice de Massa Corpórea; EP = Erro padrão; IC95% = Intervalo de 95% de confiança

Observa-se que a variabilidade na subescala “Não atratividade física e romântica” é explicada: 1) pela idade, sendo que cada ano de idade a mais é igual a 0,03 pontos a mais; 2) pelo IMC, o aumento do IMC em um ponto diminui o escore em 0,03; e 3) pelo sexo, com o sexo masculino pontuando 0,55 a mais que o sexo feminino.

Tabela 19 – Modelo de regressão linear simples e múltipla para a Subescala “Controle do peso e culpa”, para os estudantes de nutrição (N= 254).

Preditor	Regressão múltipla				
	Coeficiente	EP	Valor-p	IC95%	
Universidade 1	-0,269	0,184	0,145	-0,631	0,093
Universidade 2	-0,079	0,218	0,716	-0,510	0,351
Universidade 3	0,238	0,231	0,304	-0,218	0,694
Universidade 4	0,036	0,172	0,833	-0,302	0,374
Universidade 5	-0,639	0,272	0,020	-1,175	-0,103
Universidade 6	0,000	-	-	-	-
Sexo masculino	0,636	0,175	< 0.001	0,291	0,981

Universidade: 1.Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2.Centro Universitário São Camilo; 3.Universidade Paulista; 4. Faculdades Metropolitanas Unidas; 5.Universidade Presbiteriana Mackenzie; 6.Universidade São Judas Tadeu.

IMC = Índice de Massa Corpórea; EP = Erro padrão; IC95% = Intervalo de 95% de confiança

A análise permite observar que a variabilidade na subescala “Controle de peso e culpa” é explicada: 1) pela universidade, com as universidades 1, 2 e 5 apresentando menores pontuações e as universidades 3 e 4 maiores (a Universidade 6 foi utilizada como padrão); e 2) pelo sexo, com o sexo masculino pontuando 0,64 a mais que o sexo feminino.

4.5 INFLUÊNCIA DA OBESIDADE NA PERCEPÇÃO E CONDUTA INDICADA PELOS ESTUDANTES DE NUTRIÇÃO

Responderam as questões desta etapa da pesquisa 335 estudantes (sendo 21 homens).

A análise das respostas aos casos de pacientes hipotéticos (1 - mulher eutrófica; 2- mulher obesa; 3 - homem eutrófico e; 4 – homem obeso) podem ser vistos na Tabela 20.

A pontuação na AFAT (total e subescalas), o tempo de atendimento, as avaliações dos estudantes em relação ao estado geral de saúde, à qualidade da dieta e quantidade de energia ingerida, e às percepções e reações dos mesmos acerca dos pacientes está também apresentada na Tabela 20 para cada um dos casos respondidos. Não houve diferença estatisticamente significativa na distribuição aleatória dos casos hipotéticos ($N_1=81$, $N_2=93$, $N_3=80$ e $N_4=80$) entre os alunos ($\text{Qui-quadrado}=0,707$) e não foram identificadas diferenças nas características dos alunos (idade, IMC, raça, renda familiar total, ano do curso) segundo caso hipotético sorteado.

Tabela 20 – Pontuação na Escala de Atitudes Anti-obesidade (AFAT) total e subescalas, tempo de atendimento, avaliação, reações e percepções dos estudantes de nutrição (N=335) segundo paciente hipotético sorteado 1(N=82), 2(N=93), 3 (N=80) e 4 (N=80).

Variáveis	Paciente hipotético								p-valor
	Mulher eutrófica (1)		Mulher Obesa (2)		Homem Eutrófico (3)		Homem Obeso (4)		
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
AFAT:									
Pontuação total	1,87	0,38	1,85	0,37	1,84	0,36	1,84	0,40	0,964
Subescala Depreciação social	1,36	0,34	1,33	0,25	1,35	0,30	1,35	0,35	0,948
Subescala Não atratividade física e romântica	2,08	0,51	2,06	0,53	2,03	0,50	2,11	0,58	0,881
Subescala Controle do peso e culpa	2,51	0,59	2,50	0,65	2,44	0,67	2,38	0,66	0,642
Tempo de atendimento	41,51	17,29	51,34 ^a	31,97	45,82	18,40	51,04 ^a	26,89	0,030
Avaliação:									
Qualidade da dieta	4,12	0,55	3,57 ^a	0,80	3,80 ^b	0,77	3,79	0,72	<0,001
Quantidade de energia ingerida	3,80	0,55	3,22 ^a	0,82	3,73 ^b	0,84	3,35 ^c	0,75	<0,001
Estado de saúde geral	4,00	0,61	3,16 ^a	0,90	3,84 ^b	0,75	3,36 ^{a,c}	0,82	<0,001
Reações e percepções em relação ao paciente:									
Quanto você acredita no consumo alimentar relatado?	3,29	0,69	2,78 ^a	0,75	3,48 ^b	0,57	3,08 ^b	0,65	<0,001
Quão saudável você julga ser este paciente?	3,50	0,59	2,89 ^a	0,76	3,41 ^b	0,59	3,05	0,69	<0,001
Quão bem este paciente cuida de si?	3,65	0,60	2,96 ^a	0,71	3,48	0,57	3,20	0,77	<0,001
Quão disciplinado você considera que este paciente é?	3,55	0,63	2,92 ^a	0,82	3,40	0,88	3,11	0,76	<0,001
Quão restrito(a)/rígido(a) você considera que precisaria ser com este paciente?	2,85	0,76	3,12 ^a	0,81	2,81 ^b	0,80	3,10 ^{a,c}	0,82	0,018
Quão sério você acha ser este problema nutricional/ de saúde?	3,20	1,13	3,41	0,84	3,11	1,02	3,48	0,95	0,060
Quanto você acha que atender este paciente poderia ser uma perda de tempo?	1,10	0,30	1,13	0,49	1,14	0,55	1,15	0,48	0,904
Quanto você acha que atender este paciente resultaria em satisfação por seu trabalho?	4,30	0,60	4,30	0,75	4,33	0,82	4,31	0,80	0,997
Qual o nível de paciência você acha que precisaria ter com este paciente?	2,90	0,91	3,30 ^a	0,87	2,89 ^b	1,03	3,20 ^{a,c}	0,95	0,006

Continua

Tabela 20 – Pontuação na Escala de Atitudes Anti-obesidade (AFAT) total e subescalas, tempo de atendimento, avaliação, reações e percepções dos estudantes de nutrição (N=335) segundo paciente hipotético sorteado 1(N=82), 2(N=93), 3 (N=80) e 4 (N=80).

Continuação									
Variáveis	Paciente hipotético								p-valor
	Mulher		Mulher		Homem		Homem		
	eutrófica (1)		Obesa (2)		Eutrófico (3)		Obeso (4)		
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
Quão incômodo/chato/irritante você acha que este paciente seria?	1,78	0,80	2,06 ^a	0,93	1,74 ^b	0,78	2,01 ^{a,c}	0,82	0,022
Qual o tamanho do seu desejo pessoal em ajudar este paciente?	4,28	0,53	4,26	0,66	4,35	0,64	4,24	0,75	0,710
Quão possível você acredita ser que este paciente siga as suas orientações nutricionais?	3,80	0,64	3,66	0,60	3,90	0,61	3,59 ^{a,c}	0,72	0,009
Você acredita que este paciente se beneficiaria de um acompanhamento psicológico?	2,71	1,07	3,15 ^a	1,18	2,45 ^b	1,11	2,83 ^b	1,09	<0,001
Quão otimista você é em relação à resposta deste paciente ao tratamento?	4,15	0,63	4,16	0,56	4,23	0,66	4,06	0,77	0,473

a.Diferente do Caso 1; b. Diferente do Caso 2; c. Diferente do Caso 3

A pontuação dos alunos na AFAT total e nas subescalas não diferiu quando se comparou os estudos de caso sorteados. O que indica que não há diferença nas atitudes em relação à obesidade e aos obesos nos grupos de alunos que responderam aos diferentes casos.

O tempo de atendimento indicado pelos alunos para os pacientes obesos de ambos os sexos foi maior do que aquele indicado para a paciente do sexo feminino eutrófica, mas não quando comparado ao paciente do sexo masculino eutrófico.

A avaliação quanto à qualidade da dieta para as pacientes do sexo feminino foi pior para a obesa e não houve diferença para o sexo masculino; no entanto, a avaliação para qualidade da dieta do paciente do sexo masculino eutrófico foi significativamente maior do que a recebida pela paciente obesa.

A avaliação da quantidade de energia ingerida e do estado de saúde geral também foi pior para a paciente obesa em comparação com a paciente eutrófica, e o mesmo ocorreu para o paciente obeso quando comparado ao homem eutrófico. Não houve diferença na avaliação desses fatores para os pacientes obesos de ambos os sexos.

A percepção dos alunos em relação ao consumo alimentar relatado foi pior somente para a paciente obesa e não houve diferença entre os pacientes do sexo masculino. Entretanto, a avaliação da mulher obesa foi pior também quando comparada ao paciente homem eutrófico e obeso, indicando que há diferença na avaliação entre os sexos – os alunos

confiaram menos no consumo alimentar relatado pela paciente obesa do que pelos pacientes do sexo masculino (tanto eutrófico quanto obeso).

Os alunos também apresentaram uma percepção pior para a paciente obesa em relação a paciente eutrófica quanto a “estar saudável”, ao autocuidado e a disciplina - o mesmo não ocorreu entre os pacientes do sexo masculino.

Para as questões *“Quão restrito(a)/rígido(a) você considera que precisaria ser com este paciente?”*, *“Qual o nível de paciência você acha que precisaria ter com este paciente?”* e *“Quão incômodo/chato/irritante você acha que este paciente seria?”* os alunos consideraram necessitar de mais rigidez, paciência e se sentiriam mais incomodados com os pacientes obesos em comparação com os eutróficos para ambos os sexos.

Os alunos apresentaram uma pior percepção para o paciente do sexo masculino obeso na questão *“Quão possível você acredita ser que este paciente siga suas orientações nutricionais”* em comparação com os pacientes eutróficos de ambos os sexos. Para as pacientes do sexo feminino não houve diferença entre a obesa e a eutrófica nesta questão.

Na questão *“Você acredita que este paciente se beneficiaria de um acompanhamento psicológico?”* os estudantes consideraram que a paciente obesa se beneficiaria mais do que a paciente eutrófica e os pacientes do sexo masculino (eutrófico e obeso).

A Tabela 21 apresenta os procedimentos e condutas que os alunos planejavam realizar com os pacientes hipotéticos e a Tabela 22 as estratégias de tratamento indicadas pelos mesmos.

Tabela 21 – Percentual de estudantes de nutrição (N=335) que assinalaram os procedimentos e condutas que realizariam durante a consulta inicial segundo paciente hipotético sorteado 1(N=82), 2(N=93), 3 (N=80) e 4 (N=80).

Procedimentos e condutas	Mulher eutrófica (1)	Mulher obesa (2)	Homem eutrófico (3)	Homem obeso (4)	p-valor
	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	
Coleta de informações sobre a alimentação atual do paciente	95,1	97,8	92,5	95,0	0,430
Explorar o histórico alimentar do paciente	86,6	90,3	80,0	80,0	0,153
Explorar o histórico de peso do paciente	69,5	82,8	68,8	83,8	0,026
Explorar o histórico familiar do paciente	79,3	91,4	78,8	82,5	0,068
Avaliar o quão preparado o paciente está para fazer mudanças na alimentação	80,5	74,2	71,3	71,3	0,475
Verificar quais são as expectativas do paciente em relação à consulta e ao tratamento	95,1	84,9	86,3	83,8	0,077
Conversar sobre a família do paciente e verificar quais estruturas de apoio o mesmo possui	41,5	47,3	46,3	47,5	0,863
Solicitação de outros exames bioquímicos	56,1	61,3	50,0	53,8	0,504
Aplicação de recordatório alimentar de 24 horas	65,9	74,2	70,0	58,8	0,176
Discussão sobre a necessidade de perder peso	20,7	63,4	26,3	48,8	0,000
Aplicação de questionário de frequência alimentar	54,9	60,2	62,5	70,0	0,256
Orientação nutricional utilizando guia alimentar	59,8	60,2	57,5	51,3	0,639
Discussão sobre grupos alimentares e suas porções	56,1	62,4	51,3	66,3	0,220
Nenhuma das respostas anteriores	0,0	0,0	0,0	1,3	0,478

Tabela 22 – Percentual de estudantes de nutrição (N=335) que assinalaram as estratégias de tratamento que os estudantes indicariam segundo paciente hipotético sorteado 1(N=82), 2(N=93), 3 (N=80) e 4 (N=80).

Estratégias de tratamento	Mulher eutrófica (1)	Mulher obesa (2)	Homem eutrófico (3)	Homem obeso (4)	p-valor
	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	
Manutenção de um diário do peso do paciente	18,3	31,2	20,0	32,5	0,068
Manutenção de um diário alimentar	57,3	50,5	62,5	60,0	0,416
Manutenção de um diário alimentar com informações sobre a percepção de fome	32,9	48,4	28,8	45,0	0,024
Orientação sobre compras e preparo de alimentos	79,3	76,3	82,5	82,5	0,705
Orientação para a redução do consumo calórico e para o consumo de alimentos menos calóricos	35,4	53,8	35,0	65,0	0,000
Orientações em relação à incorporação de outras formas de atividade física na rotina do paciente	40,2	55,9	43,8	50,0	0,172
Elaboração de plano alimentar	84,1	82,8	83,8	81,3	0,966
Elaboração de planejamento para acompanhamento de curto prazo	29,3	25,8	36,3	30,0	0,524
Elaboração de planejamento para acompanhamento de longo prazo	47,6	50,5	32,5	51,3	0,053
Orientação para evitar alimentos específicos fonte de lactose	75,6	65,6	65,0	77,5	0,160
Orientação para evitar o consumo de “besteiras”	58,5	67,7	60,0	60,0	0,576
Seguimento através de atendimento em grupo	2,4	2,2	2,5	2,5	1,000
Seguimento em atendimento individual e atendimento em grupo	18,3	30,1	18,8	20,0	0,203
Seguimento em atendimento individual	65,9	41,9	55,0	70,0	0,001
Nenhuma das respostas anteriores	0,00	0,0	1,3	1,3	0,363

Os estudantes que responderam aos casos hipotéticos de obesos assinalaram com maior frequência a conduta “*Explorar o histórico de peso do paciente*” e o procedimento “*Discussão sobre a necessidade de perder peso*” para ambos os sexos. Não houve diferença quanto aos demais procedimentos e condutas comparados os casos.

Com relação à indicação de estratégias de tratamento, os estudantes que responderam aos casos hipotéticos de obesos (ambos os sexos) responderam que utilizariam com maior frequências as estratégias “*Manutenção de um diário alimentar com informações de fome*” e “*Orientação para redução do consumo calórico*”. No entanto, indicariam a estratégia “*Seguimento em atendimento individual*” mais para o caso hipotético do homem obeso do que para o caso da mulher obesa.

5 DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou atitudes de estudantes de nutrição para com a obesidade e indivíduos obesos, utilizando diferentes instrumentos para esta exploração – incluindo a AFAT adaptada e validada previamente para este estudo (Anexo 5). Até onde se sabe, este é o primeiro estudo nacional a focar no conjunto destas variáveis nesta população de estudantes de nutrição.

Como descrito nos métodos, a amostra deste estudo faz parte do NutriHS – estudo de coorte com estudantes de nutrição. Inicialmente o estudo pretendia incluir apenas os alunos de graduação em Nutrição da

Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e posteriormente ser expandido para alunos de outras universidades e faculdades públicas e particulares de São Paulo. No entanto, devido à baixa adesão dos alunos da FSP-USP a equipe de pesquisadores optou por expandir a participação de outros alunos já no primeiro momento da coleta de dados para garantir um número maior de participantes no NutriHS. Sendo assim, a amostra que compõe o presente estudo é heterogênea e a participação de universidades/faculdades não é equivalente.

Temos no perfil de estudantes avaliados neste trabalho, principalmente alunos do sexo feminino, solteiros, brancos e com renda familiar entre 1 e 5 salários mínimos, pertencentes a universidades/faculdades particulares; são também majoritariamente eutróficos e do primeiro e segundo ano do curso de Nutrição.

Deve-se considerar que o curso de graduação em Nutrição tradicionalmente é composto em sua maioria por alunos do sexo feminino. Outros estudos realizados com estudantes de nutrição (para avaliação e temas diversos) encontraram mais de 80% dos alunos sendo do sexo feminino (SOUZA e RODRIGUES, 2014; BARALDI et al., 2015); alguns utilizaram o sexo como fator de exclusão devido à ocorrência imensamente maior de alunos do sexo feminino e excluíram os homens quando trabalhando com estudantes de Nutrição (SILVA et al., 2012; BOSI et al., 2006). No caso do presente estudo interessava analisar se haveria diferença nas atitudes para com obesidade entre os sexos, mesmo tendo um número reduzido de homens.

A avaliação da imagem corporal foi realizada para analisar se a percepção e insatisfação com a imagem corporal (além do estado nutricional em si) tinham associação ou influência nas atitudes com relação aos indivíduos obesos.

A alta frequência de distúrbios de percepção e insatisfação com a imagem corporal observada entre os estudantes está em consonância com os resultados de outros estudos com universitários (SOUZA e RODRIGUES, 2014; ALVARENGA et al., 2010).

5.1 FATORES DETERMINANTES DA OBESIDADE

Os resultados com relação aos fatores determinantes da obesidade permitem compreender quais, entre os listados, os alunos de nutrição consideraram mais relevantes, sendo um importante aspecto dentro do estudo das atitudes e do preconceito em relação à obesidade e aos obesos - uma vez que as “causas” controláveis atribuídas à etiologia da obesidade são preditoras de maior presença de preconceito e atitudes mais negativas (PUHL et al., 2015).

As respostas dos estudantes apontaram como os mais importantes: 1) Inatividade física, 2) Comer uma quantidade maior do que a necessária, 3) Alterações metabólico-hormonais, 4) Vício/ dependência em comida, e 5) Comer alimentos inadequados. Desses cinco, três (inatividade física, comer uma quantidade maior do que a necessária e comer alimentos inadequados)

estão relacionados ao comportamento do indivíduo obeso, ou seja, fatores considerados controláveis pelo indivíduo.

A inatividade física certamente é um fator importante na etiologia da obesidade, no entanto, é interessante observar que este seja o primeiro fator considerado como mais importante no desenvolvimento da obesidade e outros fatores como condição socioeconômica desfavorável e fatores externos (incluindo ambiente e mídia) figuraram entre os quatro últimos em termos de importância.

Outros estudos com profissionais de saúde também encontraram a inatividade física como o fator “causal” mais listado como importante para obesidade (HARVEY e HILL, 2001; HARVEY et al., 2002; FOSTER et al., 2003; CORI et al., 2015). Em estudo com 620 médicos generalistas americanos, os fatores considerados mais importantes foram prioritariamente comportamentais – quatro fatores dos cinco primeiros estavam relacionados ao comportamento do indivíduo obeso (inatividade física, comer excessivamente, dieta rica em gordura e falta de conhecimentos em nutrição); e defeitos metabólicos e desordens endócrinas foram eleitos os menos importantes. HARVEY e HILL (2001) obtiveram resultados parecidos, mas avaliaram também diferenças na opinião de 255 médicos e psicólogos ingleses em relação às crenças nas causas da obesidade segundo grau de severidade da doença – novamente os fatores comportamentais figuraram entre os mais importantes, no entanto, para a obesidade grave os profissionais consideraram vício em comida, personalidade e depressão levando ao comer excessivo como as causas

mais importantes depois de inatividade física (com defeitos metabólicos e defeitos nas células de gorduras os menos importantes).

Em estudo conduzido com 278 nutricionistas inglesas, HARVEY et al. (2002) encontraram que os três fatores considerados mais importantes foram a “inatividade física”, “comer demais alimentos errados” e “alterações de humor levando ao comer excessivo”, mas pela primeira vez os fatores “fazer dietas repetidamente” e “fatores interpessoais” figuraram entre os cinco primeiros.

CORI et al. (2015) realizaram a análise dos fatores determinantes da obesidade entre nutricionistas brasileiros e obtiveram um resultado similar, com as primeiras cinco causas consideradas mais importantes relacionadas ao comportamento do indivíduo (inatividade física, alterações emocionais e de humor, vício/dependência em comida, comer uma quantidade maior do que a necessária e comer alimentos inadequados) e mais uma vez o fator inatividade física foi considerado o mais importante.

Por outro lado, no estudo conduzido por BRAY et al. (1992) com 50 médicos e pesquisadores de diversos países o fator causal considerado como mais importante foi a genética, com profissionais americanos considerando a prática de dietas restritivas repetidamente como o menos importante, e os ingleses o fator defeitos metabólicos o menos importante.

Assim como no presente trabalho, “comer uma quantidade maior do que a necessária” e “comer alimentos inadequados” também estiveram entre os cinco principais fatores determinantes da obesidade no estudo nacional de CORI et al. (2015); e “comer demais” e uma “dieta rica em gordura”

estiveram entre os mais importantes no estudo de FOSTER et al. (2003) nos Estados Unidos. Não é exatamente “errado” ou inadequado colocar estes pontos como importantes no desenvolvimento da obesidade, novamente a ordem dos itens é que chama atenção quando se pretende entender o que os estudantes atribuem como mais importante. Se os estudantes considerassem que o ambiente influencia o comportamento do indivíduo e está relacionado ao comer inadequado ou excessivo, tal fator deveria figurar dentre os mais importantes também, porém não é o que se observa.

O ambiente influencia outros fatores determinantes que estavam presentes na lista de “causas”, como o próprio consumo de “alimentos inadequados” e a inatividade física, e apesar de sua relevância na etiologia da obesidade (BUDD et al., 2011; SWINBURN et al., 2011) foi considerado menos importante pelos estudantes.

O que se pode considerar inacurado e altamente estigmatizante dentre as principais cinco respostas é o fator vício/ dependência em comida (o mesmo ocorreu nos trabalhos de CORI et al., 2015 e HARVEY e HILL, 2001 – para os fatores causais da obesidade grave). A discussão sobre o tema é complexa, devendo passar pela definição do que é “vício”. A literatura tem se debruçado sobre tema “food addiction”, mas embora efeitos de algumas substâncias em nosso cérebro e mecanismos de compensação dopaminérgica sejam conhecidos, há uma discussão muito mais ampla a se considerar para pensar em comida como droga ou vício em comida – caminho este que deve percorrer inclusive os aspectos socioculturais e psicoemocionais envolvidos na alimentação (ALVARENGA et al., 2015).

Publicações recentes afirmam que faz mais sentido falar em “comportamento alimentar aditivo”, e que “vício em comida” é um termo errôneo (sendo preferido falar em “vício em comer”) - uma vez que não há evidência sobre uma substância alimentar única que responda pelos excessos alimentares nem que um alimento específico ou ingrediente ou aditivo alimentar cause vício (NEUROFAST, 2013; HEBEBRAND et. al, 2014; BLUNDELL et al., 2014).

Ainda, fatores relacionados a aspectos emocionais do indivíduo - alterações emocionais e de humor e baixa autoestima - apareceram entre as dez primeiras causas importantes no desenvolvimento da obesidade. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo com nutricionistas brasileiras de CORI et al. (2015), no qual “alterações emocionais e de humor” foi o segundo fator considerado mais importante. Tal observação é um convite para refletir sobre o fato de que não somente os estudantes de nutrição, mas também os nutricionistas consideram que a obesidade é, em parte, causada por “problemas emocionais” do indivíduo obeso. No entanto, os estudos mostram que experiências estigmatizantes relacionadas ao excesso de peso e a sua internalização é que estão relacionadas a um maior estresse psicológico (ASHMORE et al., 2008) e depressão, sintomas psiquiátricos, distúrbios de imagem corporal e baixa autoestima (FRIEDMAN et al., 2005), e não o contrário.

Considerando a estrutura dos cursos de graduação em Nutrição - com enfoque nos aspectos biológicos da alimentação e nutrição - e o fato de boa parte dos alunos entenderem que a obesidade advém de problemas

emocionais do indivíduo, pode-se questionar se futuramente, quando nutricionistas, se sentirão suficientemente instrumentalizados e capazes de atuar no tratamento da obesidade. Observando que quase metade dos estudantes considerou “vício/dependência em comida” um fator extremamente importante e aproximadamente um terço entenderam que “alterações emocionais e de humor”, “baixa autoestima”, “não considerar o excesso de peso um problema” e “falta de força de vontade/controle” são extremamente importantes no desenvolvimento da obesidade – nos permite inferir que tais crenças podem ser consideradas negativas em relação à obesidade e que possivelmente irão interferir na conduta profissional.

No trabalho de FOSTER et al. (2003) a “falta de conhecimentos em nutrição” foi considerado o quinto fator mais importante, enquanto a “falta de força de vontade” apareceu na nona posição (de um total de 11 fatores). HARVEY e HILL (2001) encontraram que os profissionais de saúde consideraram a “falta de força de vontade” o quinto fator mais importante; e no estudo com nutricionistas brasileiras (CORI et al., 2015) os fatores “falta de força de vontade ou controle”, “não considerar o excesso de peso um problema”, e “falta de consciência sobre seu peso” foram eleitos muito ou extremamente importantes por mais da metade dos nutricionistas.

Observar que a falta de conhecimentos em nutrição é um dos fatores considerados pelos estudantes como mais importantes no desenvolvimento da obesidade traz a reflexão de que provavelmente os mesmos acreditam que fornecer informações sobre nutrição e alimentação adequadas pode ser suficiente para que o indivíduo promova mudanças em suas práticas

alimentares - desconsiderando aspectos importantes como o sentido do comer para o indivíduo e as razões envolvidas no processo de escolhas alimentares.

Os fatores “falta de força de vontade”, “não considerar o excesso de peso um problema” e “falta de consciência sobre seu peso” certamente são estigmatizantes e advém do estereótipo conferido ao indivíduo obeso. Há muito tempo, grande parte das iniciativas das políticas públicas em saúde utilizam a conscientização do peso como forma de “motivar” o indivíduo a realizar mudanças em suas práticas alimentares, porém é questionável se tal ação é suficiente ou mesmo eficiente. DARBY et al. (2007) verificaram que mulheres obesas apresentavam níveis maiores de restrição alimentar, preocupação com a alimentação, o peso e a forma física e práticas não saudáveis para perda de peso; e THOMAS et al. (2008) em um estudo com mulheres obesas observaram que as participantes sentiam uma responsabilidade individual para perder peso e referiam ouvir mensagens direcionadas a perda de peso, mas não sabiam como agir. Sendo assim, somente conhecimentos acerca da nutrição adequada e conscientização do indivíduo obeso com relação ao excesso de peso não são medidas suficientes para promover mudança.

Portanto, com relação às respostas aos fatores determinantes da obesidade, dos dez fatores mais importantes listados, oito são intrínsecos ao indivíduo obeso e relacionados ao seu comportamento; apenas dois são fatores não controláveis pelo indivíduo (alterações metabólico-hormonais), e extrínsecos (aumento da disponibilidade de alimentos fora do lar).

Sabe-se que a condição socioeconômica é um fator muito relevante no desenvolvimento da obesidade, e mesmo assim foi a terceira “última colocada” no ranking dos fatores de desenvolvimento; semelhante ao encontrado no estudo de CORI et al. (2015), no qual o fator situação financeira e social foi considerado o menos importante.

MONTEIRO et al. (2004) já alertavam há mais de uma década atrás que a obesidade não poderia mais ser considerada uma doença da elite socioeconômica nos países em desenvolvimento, com elevação dos índices de obesidade principalmente entre as mulheres de baixa renda. A Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2008-2009, em uma análise da tendência secular da obesidade segundo *status* socioeconômico, demonstrou que as prevalências de excesso de peso e obesidade aumentaram continuamente em todos os estratos de renda para os adultos do sexo masculino e para as mulheres nos dois primeiros quintos da distribuição de renda (IBGE, 2010).

Não considerar a condição socioeconômica uma questão importante no desenvolvimento da obesidade pode estar relacionado à ideia ultrapassada de que a obesidade é um problema do consumo excessivo de alimentos relacionado a um poder aquisitivo maior que permite tal comportamento alimentar; no entanto, a elevada disponibilidade de alimentos ultraprocessados a um baixo custo e a redução do consumo de alimentos *in natura* são fatores determinantes na etiologia da obesidade (CANELLA et al., 2014; LOUZADA et al., 2015).

Além disso, estudos demonstram que ser obeso está associado a uma série de consequências sociais que se relacionam com a condição

socioeconômica do indivíduo, como ter uma menor chance de ser contratado para um emprego (POPOVICH et al., 1997), ser relacionado à características indesejáveis no ambiente de trabalho (KLASSEN et al., 1993), receber salários inferiores aos indivíduos não obesos (MARANTO e STENOIEN, 2000), e até ser demitido em decorrência de ter falhado em processos de perda de peso requeridos pelos contratantes (BERTON, 2001). Assim, pensar que os estudantes de nutrição e nutricionistas não consideram a condição socioeconômica um fator importante é preocupante.

No presente estudo, a correlação entre as causas da obesidade mais estigmatizadoras e a presença de atitudes negativas em relação à obesidade avaliada por meio da AFAT foi baixa; mas na análise conduzida por SIKORSKI et al. (2013) com médicos e enfermeiros alemães - utilizando outra metodologia de avaliação do estigma - os fatores determinantes da obesidade foram significativamente associados com o grau de estigmatização (as crenças em causas controláveis pelo indivíduo obeso foram associadas a maiores níveis de estigmatização).

As crenças em relação aos fatores determinantes da obesidade têm relação com as condutas empregadas pelos profissionais, como sugere o estudo de BLEICH et al. (2013). Este trabalho com 500 médicos dos Estados Unidos observou que aqueles que acreditavam que o “consumo excessivo de alimentos” era o fator mais importante na etiologia da obesidade eram mais propensos a aconselhar os pacientes a modificar seus hábitos alimentares relacionados a isto – orientando redução das porções, leitura de rótulos dos alimentos e evitar ingredientes calóricos no preparo das

refeições. Da mesma forma, os médicos que consideravam o consumo de bebidas adoçadas importante no desenvolvimento da obesidade estavam mais propensos a aconselhar a redução do seu consumo; não houve associação entre os médicos que acreditavam que causas biológicas (genética/história familiar e defeitos metabólicos) eram as mais importantes e práticas de aconselhamento nutricional.

HARVEY et al. (2002) também verificaram associações entre as “causas” atribuídas à obesidade e variáveis relacionadas à prática profissional – neste caso do nutricionista. Acreditar que um dos principais fatores determinantes da obesidade era “fazer dietas repetidamente” estava associado positivamente com a orientação para a prática de atividade física, aconselhamento em relação às questões sociais e psicológicas, concordância em relação à necessidade do nutricionista se manter atualizado e concordância em sentir-se confiante no tratamento do excesso de peso; e negativamente com a utilização de prescrições dietéticas. Por outro lado, eleger “falta de força de vontade” como um dos fatores mais importantes estava associado positivamente a condutas nutricionais mais rígidas, como orientação em relação ao consumo calórico e a restrição de alimentos específicos, e menor número de atendimentos.

Se as crenças podem se traduzir em condutas, é ainda mais preocupante observar que alguns dos fatores determinantes considerados importantes pelos estudantes e profissionais de saúde são estigmatizantes; pergunta-se neste sentido: as condutas dos profissionais poderão ser afetadas pelo estigma?

Ainda mais, acreditar que a obesidade é ocasionada prioritariamente por questões nutricionais pode fazer com que o tratamento seja constituído por informações e orientações apenas em relação a esta dimensão (nutricional), o que desconsidera a complexidade envolvida no processo do comer. Sendo que este foco biológico e nutricional é a maneira mais recorrente de se tratar a obesidade, pode-se colocar a seguinte pergunta: Se orientar o obeso quanto à alimentação adequada realmente funciona, porque os índices de obesidade aumentam na maioria dos países a cada ano?

Contrariamente, crenças menos estigmatizantes (como o fator “prática de dietas restritivas de maneira recorrente” no estudo de HARVEY et al., 2002) relacionaram-se com práticas mais ampliadas, abordando outras dimensões do comer.

Neste estudo (e em outros aqui mencionados) os fatores determinantes considerados por estudantes e profissionais de saúde estão prioritariamente relacionados ao comportamento do indivíduo e, portanto colocados como responsabilidade do indivíduo obeso; assim, pode-se considerar que é importante explorar e aprofundar o tema durante a formação do nutricionista e dos demais profissionais da área da saúde. Abordar a complexidade envolvida na etiologia da obesidade poderá ser útil para que a atenção à saúde do indivíduo obeso seja integral e tenha um olhar ampliado.

5.2 ATITUDES ANTI-OBESIDADE

A presença de atitudes negativas em relação aos indivíduos obesos e à obesidade foi avaliada por meio da AFAT (Escala de Atitudes Anti-obesidade), adaptada transculturalmente para este fim – portanto, este é o primeiro estudo nacional a avaliar estas atitudes com este instrumento.

Trabalhos que investigaram este mesmo construto empregam diferentes métodos de avaliação - quantitativo, como o presente estudo, ou qualitativo; e de forma explícita, por meio da utilização de escalas, e implícita, por meio dos testes de associação implícita. Mesmo entre aqueles que utilizam escalas para investigar a presença de atitudes negativas e preconceito em relação à obesidade deve-se realizar comparações com muita cautela, já que as escalas desenvolvidas possuem características diferentes, como o objetivo principal (avaliar atitudes, crenças ou estereótipos), quantidade de itens, público-alvo (algumas foram elaboradas para públicos específicos, como por exemplo, médicos ou enfermeiros), metodologia, análise estatística e origem do estudo (ver Anexo 1).

Além disso, devido à subjetividade do objeto de estudo não existem valores exatos (escores) que determinam a presença de atitudes negativas em relação aos obesos e à obesidade e o grau de preconceito; utilizando-se como referência pontuações mais elevadas nas escalas como indicação de maior presença de atitudes negativas e preconceito. Dessa forma, cabe realizar uma análise não somente das pontuações obtidas na escala e subescalas, e da sua relação com as demais características da amostra,

mas também o percentual de concordância com as afirmações mais negativas, discordância das afirmações positivas e a pontuação média de cada afirmação.

É importante salientar novamente que as afirmações com sentido positivo – ou seja, não estigmatizador (afirmações 2, 14, 23, 29, 31 e 34) tiveram a escala Likert invertida para que pontuações mais elevadas na escala total representassem maior presença de atitudes negativas.

São necessárias algumas considerações para facilitar a compreensão das comparações e comentários adiante. Quatro estudos utilizaram a AFAT para avaliar a presença de atitudes negativas em relação aos obesos e à obesidade (LEWIS et al., 1997; CHAMBLISS et al., 2004; RUKAVINA et al., 2008; RUKAVINA et al., 2010). O estudo de LEWIS et al. (1997) descreveu o desenvolvimento da AFAT e aplicou a escala composta por 47 afirmações (34 compunham as 3 subescalas e 13 não foram incluídas em nenhuma subescala – portanto depois retiradas) em universitários americanos, calculando a pontuação total e das subescalas por meio da divisão da pontuação da AFAT total e de cada subescala pelo número de questões total e de cada uma delas, respectivamente e as afirmações positivas tiveram a pontuação invertida. CHAMBLISS et al. (2004) aplicou a AFAT com as 47 afirmações em estudantes de graduação em educação física e educadores físicos e seguiu a metodologia indicada pelos autores da escala (LEWIS et al. 1997). Por outro lado, no primeiro estudo de RUKAVINA et al. (2008) conduzido com estudantes de graduação em quinesiologia utilizou-se apenas as 34 questões da AFAT que foram incluídas em uma das três

subescalas e as afirmações negativas é que tiveram as suas pontuações invertidas, portanto, pontuações totais e por subescala menores refletiram maior presença de atitudes negativas (médias das pontuações das afirmações inferiores a 3 foram consideradas indicativas da presença de preconceito em relação à obesidade). Por fim, no segundo estudo de RUKAVINA et al. (2010) com estudantes de quinesiologia também foram utilizadas as 34 questões da AFAT, mas dessa vez foram invertidas as afirmações positivas, com pontuações maiores refletindo maior presença de atitudes negativas.

Observa-se, portanto, diferentes maneiras de avaliar a pontuação na escala, o que não permite comparações adequadas de valores médios para as diferentes amostras. A pontuação média total na AFAT obtida para o sexo feminino (1,83) e para o sexo masculino (2,22) no presente estudo foram inferiores as encontradas no estudo de LEWIS et al. (1997) (2,27 e 2,49 respectivamente) e CHAMBLISS et al. (2004) (2,20 e 2,40). De maneira semelhante, para as três subescalas (“Depreciação social e do caráter”, “Não atratividade física e romântica” e “Controle do peso e culpa”) as pontuações médias foram menores para ambos os sexos, exceto na subescala “Controle do peso e culpa” em que a pontuação média do sexo masculino (3,02) foi maior do que a observada por LEWIS et al. (1997) (2,77) e por CHAMBLISS et al. (2004) (2,91). No trabalho de RUKAVINA et al. (2010) não há informação quanto a pontuação média total na AFAT, mas a pontuação média nas três subescalas para a amostra total foi maior do que a observada no presente estudo.

Comparado, portanto, ao estudo de desenvolvimento da AFAT, com universitários americanos de áreas diversas, pode-se dizer que de maneira geral as pontuações médias dos estudantes de graduação em nutrição do presente estudo foram menores, ou seja, há menor presença de atitudes negativas em relação à obesidade e ao indivíduo obeso. A exceção foi a maior pontuação dos homens na subescala “Controle do peso e culpa” em comparação com os universitários americanos (LEWIS et al., 1997), o que indica que, neste estudo, os estudantes de nutrição do sexo masculino consideram o indivíduo obeso mais responsável por seu peso.

No estudo de BERRYMAN et al. (2006) os estudantes de nutrição apresentaram atitudes negativas tanto quanto estudantes de outras áreas; e SWIFT et al. (2012) compararam as atitudes de estudantes de graduação da área da saúde e verificaram que os alunos de nutrição apresentaram atitudes mais negativas do que os de enfermagem.

De qualquer forma, apenas esta comparação, não permite afirmar que haja diferença geral entre estudantes americanos e brasileiros, ou entre estudantes de cursos diversos e de nutrição – o que exigiria um número muito maior de estudos, em locais e com públicos diversos.

No presente estudo, a pontuação total e nas subescalas “Não atratividade física e romântica” e “Controle do peso e culpa” foi maior para o sexo masculino. LEWIS et al. (1997) e CHAMBLISS et al. (2004) também encontraram que a pontuação na AFAT total era maior para o sexo masculino, porém houve diferença somente para a subescala “Depreciação social e do caráter”, com os homens apresentando pontuações mais

elevadas no estudo de LEWIS et al. (1997), e para a subescala “Não atratividade física e romântica” no de CHAMBLISS et al. (2004). Nos estudos de RUKAVINA et al. (2008;2010) não foram avaliadas as diferenças entre os sexos.

Os resultados do presente estudo mostram que os homens demonstram maior presença de atitudes negativas em relação à obesidade e aos indivíduos obesos, o que corrobora com os estudos de LEWIS et al. (1997) e MILLER et al. (2013), mas divergem dos resultados observados em outras avaliações (CRANDALL e BIERNAT, 1990; ALISSON et al., 1991; ROBINSON et al., 1993; CHAMBLISS et al., 2004) – importante ressaltar que apenas o estudo de LEWIS et al. (1997) empregou a mesma escala e todos os demais foram realizados com amostras diversas. LEWIS et al. (1997) apontam que os estudos que encontraram maior presença de atitudes negativas para o sexo feminino utilizaram escalas que avaliaram prioritariamente a preocupação do participante com o próprio excesso de peso, o que é mais frequentemente observado nas mulheres.

Na maioria dos estudos com nutricionistas e estudantes de nutrição - realizados com a aplicação de outras escalas para investigar a presença de atitudes negativas em relação à obesidade - a influência do sexo não foi avaliada (OBERRIEDER et al., 1995; CAMPBELL E CRAWFORD, 2000; HARVEY et al., 2002; BERRYMAN et al., 2006; PUHL et al., 2009; STONE e WERNER., 2012); exceto no estudo de SWIFT et al. (2012) no qual a influência foi testada, mas não teve significância. Esses estudos provavelmente não avaliaram ou não encontraram diferenças significativas

devido à reduzida proporção de estudantes do sexo masculino nos cursos de graduação em nutrição.

Considerando que a escala é um método explícito de avaliação de atitudes, os resultados estão sujeitos a um desejo de aceitação social (SCAGLIUSI et al., 2004) – fornecer uma resposta que seja mais aceitável socialmente; e talvez os homens apresentem um menor desejo de aceitação social e consigam expressar suas opiniões sinceras mais frequentemente. Outra hipótese é que os homens de fato não somente expressem suas opiniões de maneira mais sincera, como também apresentem maior presença de atitudes negativas, o que pode estar relacionado ao fato de apresentarem menor capacidade de empatia e subjetivação quando comparado às mulheres – mas obviamente trata-se de uma especulação.

As médias mais elevadas do sexo masculino nas subescalas “Não atratividade física e romântica” e “Controle do peso e culpa” podem indicar que os homens valorizam mais a aparência nos relacionamentos e que responsabilizam mais o indivíduo obeso por sua condição - novamente algumas características frequentemente associadas ao sexo feminino podem influenciar (empatia e subjetividade). Mulheres se preocupam mais com o controle de peso – uma questão “tipicamente feminina” (ORBACH, 1978), e desta forma também se sentem mais culpadas sobre o excesso de peso, o que significaria “falta de controle” – um “valor moral desejável” para as mulheres (HERMANN e MINERBO, 1998). Tais valores e normas podem ter se traduzido em respostas diferentes entre os sexos para subescala “Controle do peso e culpa”.

Vale ressaltar que a amostra do presente estudo foi composta prioritariamente por mulheres, com 21 participantes do sexo masculino na etapa da AFAT, o que significa que as conclusões em relação a influência do sexo nas atitudes em relação aos indivíduos obesos devem ser realizadas com cautela.

As análises de regressão múltipla indicaram que para a AFAT total houve relação positiva com a idade e o sexo masculino; e negativa com o IMC e o ano de graduação. Ou seja, os mais velhos e os homens apresentam mais atitudes negativas e os mais pesados e de anos mais avançados da graduação, menos atitudes negativas.

LEWIS et al. (1997) e RUKAVINA et al. (2008) não encontraram relação entre o IMC e a pontuação na AFAT total e subescalas. RUKAVINA et al. (2010) encontraram uma baixa correlação entre o IMC e as subescalas “Não atratividade física e romântica” e “Controle do peso e culpa”. CHAMBLISS et al. (2004) verificaram que menores pontuações na AFAT estavam relacionadas à outras características, como: acreditar menos na responsabilidade do indivíduo obeso por sua condição, possuir histórico familiar de obesidade, e ter amigos obesos.

Outros estudos com nutricionistas e estudantes de nutrição - que empregaram instrumentos distintos para avaliar a presença de preconceito e atitudes negativas - encontraram relação fraca e negativa com IMC (OBERRIEDER et al., 1995) ou ausência de relação entre o IMC e as atitudes negativas (BERRYMAN et al., 2006; SWIFT et al, 2012).

O fato da pontuação na AFAT diminuir com a elevação do IMC do estudante no presente estudo pode estar associado a uma identificação do participante com excesso de peso com o indivíduo percebido como obeso.

Com relação às demais variáveis – idade e ano de graduação - os estudos que utilizaram a AFAT não avaliaram sua relação com a presença de atitudes negativas em relação à obesidade e ao indivíduo obeso. No trabalho de SWIFT et al. (2012) com estudantes de nutrição a idade contribuiu para explicar menos de 2,0% da variabilidade na presença de preconceito em relação à obesidade, e os autores observaram menor presença de preconceito nos estudantes do último de ano de graduação comparado ao primeiro ano.

A diminuição da pontuação na AFAT total conforme aumenta o ano de graduação é de certa forma esperada, pois entende-se que conforme os estudantes evoluem na graduação em nutrição, aumentaria a compreensão acerca da complexidade da etiologia da obesidade e teriam contato com estratégias de manejo mais humanizadas. No entanto, é preocupante observar que estudos realizados com nutricionistas também encontram a presença de preconceito e atitudes negativas em relação à obesidade (CORI et al., 2015). Inclusive, OBERRIEDER et al. (1995) ao comparar estudantes de nutrição com nutricionistas não observaram diferenças em relação à presença de atitudes negativas. Tais resultados trazem à tona a questão se os cursos de graduação em nutrição estão oferecendo os subsídios necessários para reduzir a presença de preconceito e atitudes negativas em relação à obesidade e aos indivíduos obesos.

Para as subescala “Depreciação social e do caráter” e “Não atratividade física e romântica” as análises de regressão múltipla indicaram relação positiva com a idade e o sexo masculino; e negativa com o IMC. Assim, os mais velhos e os homens apresentam mais atitudes negativas, e os mais pesados menos atitudes negativas.

Por fim, a subescala “Controle do peso e culpa” apresentou relação com a universidade e positiva com o sexo masculino – como já mencionado. A relação com a universidade indica que os estudantes diferem quanto à atribuição de responsabilidade do indivíduo obeso sobre seu peso e pode estar pautada em possíveis diferenças no conteúdo curricular entre as distintas universidades/faculdades. No entanto, seriam necessários mais estudos comparativos para confirmar tais inferências.

No geral, as pontuações nas subescalas apresentaram relações com as características da amostra de maneira semelhante ao que ocorreu com a pontuação na AFAT total, exceto para o ano de graduação que influenciou apenas a AFAT total, e a universidade que influenciou apenas a subescala “Controle do peso e culpa”.

As afirmações de caráter negativo com maiores percentuais de concordância na AFAT foram “A maioria dos gordos compra muita besteira (*junk food*)”, “Se as pessoas gordas realmente quisessem emagrecer, elas conseguiriam”, e “A maioria das pessoas gordas se prendem a qualquer desculpa para estar gorda”. Nos estudos de RUKAVINA et al. (2008; 2010) com estudantes de quinesiologia as duas primeiras afirmações também estiveram entre aquelas com maior concordância, e a terceira apareceu

entre as com maior percentual de concordância apenas no estudo de RUKAVINA et. al (2010).

A afirmação de que gordos comprem muita besteira relaciona-se a crença de que o indivíduo obeso não se alimenta adequadamente e que por consequência, consome alimentos considerados inadequados frequentemente. Mais de 70% dos estudantes de nutrição concordaram com essa afirmação, o que é bastante preocupante, uma vez que “*junk food*” é consumida por pessoas de perfil diverso. Resultados da POF de 2008-2009 evidenciam que são os adolescentes que consomem mais refrigerantes, sucos e refrescos e biscoitos recheados, por exemplo, quando comparados a adultos e idosos; e que aqueles do 4º quartil de renda consomem mais refrigerantes, pizzas e salgados comparados aos demais. (IBGE, 2010).

A elevada concordância com as afirmações de que a pessoa emagreceria se realmente quisesse (49%), e que se prendem a qualquer desculpa para estarem gordas (39%), novamente demonstra que os estudantes consideram que a obesidade é de responsabilidade do indivíduo e que, portanto a mudança também depende apenas do mesmo. Se assim fosse, é curioso observar que o número de recursos oferecidos para emagrecer nunca foi tão alto (revistas, livros, *shakes*, fórmulas, dietas, spas, entre outros), mas não temos mudanças na prevalência da obesidade. Os estudantes parecem desconhecer a não efetividade destes métodos para a perda de peso saudável e duradoura – chamando atenção para a necessidade de discussão deste tópico na formação profissional (ALVARENGA et al., 2015).

As afirmações com sentido positivo (menos estigmatizador) que apresentaram maiores percentuais de discordância (portanto, resposta estigmatizadora) foram “Se eu fosse solteiro(a), eu namoraria uma pessoa gorda”, “Pessoas gordas têm tanta coordenação motora quanto qualquer outra” e “Pessoas gordas deveriam ser encorajadas a se aceitarem como são”; resultados semelhantes ao observado por RUKAVINA et al. (2010) que também encontraram elevados percentuais de discordância para essas afirmações. As três afirmações pertencem a subescala “Não atratividade física e romântica” e incluem estereótipos regularmente atribuídos aos indivíduos obesos – como desajeitados e não atraentes. BERRYMAN et al. (2006) e PUHL et al. (2009) verificaram que percentuais elevados de estudantes de nutrição concordaram com os adjetivos negativos “preguiçoso”, “sem força de vontade”, “não atraente” e “disforme” quando associados ao indivíduo obeso. E o estudo com nutricionistas brasileiras de CORI et al. (2015) verificou alto percentual de concordância para os adjetivos “guloso”, “Não atraente”, “desajeitado”, “sem determinação”, “preguiçoso” e “relaxado”.

Contraditoriamente, a afirmação “Pessoas gordas não são atraentes” apresentou também elevado percentual de resposta “Nem discordo nem concordo”. Hipotetiza-se que não emitir uma opinião em relação a considerar os indivíduos obesos atraentes poderia estar associado ao desejo de aceitação social por parte dos estudantes, especialmente entre as mulheres. O mesmo ocorreu com a afirmação “Pessoas gordas deveriam ser encorajadas a se aceitarem como são. Apresentar dúvida nesta afirmação

pode estar pautado no fato de que a maioria dos programas para tratamento da obesidade utiliza o peso do indivíduo como meio para “motivá-lo” a emagrecer, o que poderia levar os estudantes a imaginarem que estimular o obeso a se aceitar como é não o motiva para perder peso.

Observa-se ainda que mais de um terço dos estudantes concordou com a afirmação “Pessoas gordas não deveriam usar em público roupas que mostram demais o corpo”. Nos estudos de RUKAVINA et al. (2008; 2010) tais afirmações não só obtiveram elevados percentuais de concordância, como também estiveram entre as com maior pontuação média. Tal achado pode estar relacionado ao fato de os estudantes valorizaram a aparência e dificilmente incentivariam os obesos a se aceitarem como são - aspecto corroborado pela elevada discordância com a afirmação “Pessoas gordas deveriam ser encorajadas a se aceitarem como são”.

Uma corrente filosófica relativamente recente que pode contribuir para o enriquecimento desta discussão é o “*Health At Every Size*” (HAES), que promove o conceito de que o peso apropriado e saudável para um indivíduo não deve ser determinado por um valor específico na balança ou por cálculos de IMC ou percentuais de gordura, e sim como aquele no qual o indivíduo mantém um estilo de vida prazeroso e que faça sentido. O HAES discute a efetividade do enfoque no peso do indivíduo e se alicerça no fato de que tal prática produz o “efeito sanfona” e frequentemente, a elevação do peso corporal. Propõe que as pessoas comam de acordo com as percepções internas de fome, apetite e saciedade, e se engajem em atividades físicas prazerosas. É importante salientar que retirar o foco do

peso não é o mesmo que ignorar os riscos e problemas de saúde, mas tratá-los da mesma forma que fariam para os indivíduos eutróficos (ROBINSON, 2005).

Chama a atenção também que 22% dos estudantes tenham concordado com a afirmação “Não existe desculpa para ser gordo”, 15% com “A maioria das pessoas gordas é preguiçosa” e 10% com “Pessoas gordas não tem força de vontade”. Mais uma vez, resultados indicativos de que os alunos atribuem a obesidade ao comportamento do indivíduo obeso e uma questão de “força de vontade, foco e determinação”, que permitem questionar se tal maneira de pensar poderia influenciar no manejo da obesidade e na manifestação comportamental desse preconceito, ou seja, a discriminação do indivíduo obeso.

É curioso pensar que este foco “força de vontade, foco e determinação” está no centro do fenômeno “*instafit*” (blogueiras e pseudo celebridades com seus perfis de *Instagram*), que sugerem e “estimulam” as pessoas a terem corpos e dietas impossíveis com as recomendações das palavras de ordem “vontade, foco e determinação” (JACOB, 2014).

Concluindo sobre os resultados observados com análise da AFAT, apesar da média na pontuação da escala total e subescalas ser inferior aos estudos que utilizaram o mesmo instrumento, observa-se que os estudantes de graduação em nutrição do presente trabalho apresentam atitudes negativas em relação aos obesos e à obesidade.

5.3 INFLUÊNCIA DA OBESIDADE NA PERCEPÇÃO E CONDUTA INDICADA PELOS ESTUDANTES DE NUTRIÇÃO

As atitudes negativas em relação à obesidade e aos indivíduos obesos podem afetar a conduta dos estudantes de nutrição e nutricionistas. Para investigar o impacto do peso de um paciente hipotético nas percepções e condutas dos estudantes foram avaliadas as respostas aos casos de quatro pacientes hipotéticos (1 – mulher eutrófica, 2 – mulher obesa, 3 – homem eutrófico, 4 – homem obeso). Destaca-se novamente que o paciente do caso apresentado trazia uma queixa de diagnóstico recente de intolerância à lactose – problema sem relação alguma com estado nutricional.

Os achados mostram que os estudantes de nutrição levariam em média mais tempo em um atendimento de primeira vez com a mulher obesa (51 minutos) do que com a mulher eutrófica - a mesma diferença não foi encontrada para os pacientes hipotéticos do sexo masculino. HARVEY et al. (2002) em um estudo com nutricionistas inglesas verificaram que o tempo médio de atendimento de primeira vez não diferiu entre pacientes com sobrepeso e obesidade - e foi de cerca 35 minutos. Contrariamente, no estudo de HEBL e XU (2001), conduzido com médicos americanos, o tempo de atendimento que indicaram que gostariam de utilizar foi menor para os pacientes com sobrepeso (25 minutos) e obesidade (22 minutos) do que para os pacientes eutróficos (31 minutos).

Utilizar mais tempo em um primeiro atendimento de um indivíduo com obesidade pode ser positivo, pois poderia significar mais atenção, oportunidades de interação e de uma conduta mais individualizada por parte dos estudantes de nutrição; porém poderia também indicar que os estudantes consideram que o paciente obeso seria mais complexo do que o eutrófico e que, portanto necessitaria de mais tempo de atendimento. A complexidade da alimentação não está relacionada ao peso do indivíduo e sim, à forma como cada um vivencia as suas experiências e suas relações com a comida.

A avaliação da dieta dos pacientes hipotéticos obesos pelos estudantes indicou a presença de atitudes negativas. Eles avaliaram de maneira pior a qualidade da dieta, a quantidade de energia ingerida e o estado de saúde geral para a paciente obesa em comparação a eutrófica; e para o paciente obeso do sexo masculino a avaliação foi pior somente para os dois últimos aspectos. Esse achado é de grande relevância, já que os estudantes ofereceram piores avaliações aos pacientes hipotéticos obesos mesmo quando os dados fornecidos sobre hábitos de vida, quantidade de calorias ingerida e características da dieta foram idênticos aos dos pacientes eutróficos. Tal resultado indica que os estudantes realizam conclusões automáticas quando em contato com um paciente obeso, e reforça a teoria de que os profissionais de saúde relacionam o indivíduo obeso a determinados estereótipos negativos (FOSTER et al., 2003; BROW, 2006; CORI et al., 2015).

De forma semelhante, PUHL et al. (2009) verificaram que estudantes de nutrição americanos também avaliaram de maneira pior os mesmos aspectos dos pacientes hipotéticos obesos em comparação aos eutróficos (exceto para a avaliação da quantidade de energia ingerida para a paciente hipotética obesa).

No entanto, apesar da obesidade estar relacionada a diversas comorbidades, há situações em que a essa condição não está relacionada a complicações metabólicas – como demonstram estudos recentes com obesos metabolicamente saudáveis (DESPRÉS, 2012; HAMER e STAMATAKIS, 2012; DENIS e OBIN, 2013). Assim, assumir que um indivíduo não é saudável, ou não apresenta práticas de vida saudáveis, por causa do seu peso corporal é uma forma de preconceito e pode interferir na conduta do profissional de saúde em relação ao paciente obeso.

Com relação às reações e percepções dos estudantes de nutrição, observou-se que acreditam menos no consumo alimentar relatado pela paciente obesa do que por qualquer outro paciente hipotético, o que nos faz pensar que além da influência do peso, houve interferência do sexo do paciente na percepção dos estudantes. As piores avaliações dos alunos em relação à quantidade de energia ingerida (*“Quanto você acredita no consumo alimentar relatado?”*) para os pacientes obesos também poderia estar associada à descrença no consumo alimentar relatado, porém isso só se confirmou para a paciente do sexo feminino.

De fato, existem estudos que associam a maior ocorrência de subnotificação da ingestão energética entre as mulheres (TOMOYASU et al.,

1999; SCAGLIUSI e LANCHI, 2003) e inclusive entre os obesos (TAREN et al., 1999; SCAGLIUSI e LANCHI, 2003, MENDEZ et al., 2004); porém vale considerar que tanto mulheres quanto obesos estão mais sujeitos a preocupação com o corpo e o peso e a prática de dietas restritivas – aspectos que também aumentam a suscetibilidade na produção de subnotificações (SCAGLIUSI e LANCHI, 2003) - e que fatores como idade, desejo de aceitação social, etnia, dieta e educação também interferem neste fenômeno (PUHL et al., 2009).

Similarmente, os estudantes também avaliaram de maneira mais negativa quão saudável seria a pessoa, o autocuidado e a disciplina da paciente obesa em relação à eutrófica - mas o mesmo não se observou para os para o paciente obeso do sexo masculino. HEBL e XU (2001) também encontraram percepções piores dos médicos em relação aos pacientes com sobrepeso e obesidade nos três quesitos, mas não investigaram a interferência do sexo. É interessante observar que a amostra do presente estudo foi composta principalmente por mulheres e que a paciente obesa do sexo feminino tenha gerado uma percepção pior em relação a eutrófica, mas o mesmo não tenha ocorrido para o sexo masculino. As razões para tais achados não foram esclarecidas, mas pode estar relacionada ao fato de as mulheres serem mais controladoras e culparem a si mesmas por sua condição - estendendo esse modo de agir e pensar aos pacientes hipotéticos. Além disso, seria interessante saber se a amostra fosse composta por um número mais equivalente de homens haveria diferença nos

resultados encontrados ou as mulheres continuariam sujeitas a uma percepção pior.

Os estudantes também conceberam que precisariam ser mais rígidos e restritos com os pacientes hipotéticos obesos de ambos os sexos, além de considerar que esses seriam mais “incômodos/ chatos/ irritantes” e que precisariam de mais paciência para lidar com os mesmos. Esses resultados são preocupantes, pois na prática profissional, os obesos poderiam se sentir julgados, e a postura mais rígida e restrita poderia afetar o tratamento de maneira negativa, fazendo com que a adesão seja pior.

Ademais, os estudantes acreditaram menos que o paciente obeso do sexo masculino seguiria suas orientações. Achado curioso, já que alguns estudos relacionam o sexo masculino a uma menor taxa de abandono no tratamento (GARCIA-GÁLBIS et al., 2015); além disso, PRESNELL et al. (2008) em uma investigação acerca dos fatores preditores da perda de peso verificaram que os homens apresentavam maior autoeficácia (se consideravam mais capazes de realizar mudanças nos hábitos de vida) antes da intervenção, menores índices de sintomas depressivos e comer compulsivo do que as mulheres, fatores que se relacionaram a maior perda de peso.

As mulheres normalmente são consideradas como mais propensas à interferências emocionais e afetivas no processo de emagrecimento, fato reforçado pela percepção dos estudantes de que a paciente hipotética obesa se beneficiaria mais de um acompanhamento psicológico do que qualquer outro paciente hipotético. No estudo de HEBL e XU (2001) os médicos

também referenciaram o paciente com sobrepeso e obesidade mais frequentemente para psicologia do que os pacientes eutróficos, mas a diferença entre os sexos não foi avaliada.

As demais reações e percepções acerca da seriedade do problema de saúde (intolerância à lactose) - como considerar atender o paciente uma perda de tempo, satisfação profissional, tamanho do desejo pessoal em ajudar o paciente e otimismo - foram similares para os pacientes obesos e eutróficos, resultados também encontrados por PUHL et al. (2009).

Com relação aos procedimentos, condutas e estratégias de tratamento indicadas pelos estudantes, houve poucas diferenças. Os estudantes assinalaram “explorar o histórico de peso do paciente” e “discussão sobre a necessidade de perder peso” mais para os pacientes obesos de ambos os sexos do que para os eutróficos, indicando que mesmo quando o paciente busca o atendimento nutricional por outros motivos (no caso a intolerância à lactose), o peso corporal do mesmo é um dos focos de trabalho (PUHL e BROWNELL, 2001). Outro aspecto a se observar é que o histórico de peso não deveria ser explorado somente para os pacientes obesos, uma vez que os pacientes eutróficos no momento da consulta podem ter apresentado variações anteriores do peso corporal.

Outro dado interessante, é que mais de 20% dos estudantes assinalaram que discutiriam a necessidade de perder peso e 35% orientariam a redução do consumo calórico mesmo para os pacientes hipotéticos eutróficos. Tal achado pode estar relacionado à compreensão dos estudantes acerca da função do nutricionista – com papel de “promover

o emagrecimento” e “prescritor de dietas restritivas”. Em um estudo qualitativo brasileiro com profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família, alguns profissionais demonstraram uma visão bastante restrita acerca do papel do nutricionista por meio de frases como “nutricionista é o profissional que passa dieta”, “nutricionista é para perder peso” e “controla a dieta dos pacientes” (CAMOSSA et al., 2012).

Os alunos assinalaram com maior frequência as estratégias “manutenção de um diário alimentar com informações de fome” e “orientação para a redução do consumo calórico” para os pacientes obesos de ambos os sexos. O diário alimentar com a percepção do sinal interno de fome é uma estratégia interessante para qualquer indivíduo com interesse/necessidade de realizar mudanças em suas práticas alimentares, não somente para os obesos. Tal achado pode estar relacionado ao fato de os alunos considerarem os obesos mais “compulsivos” – e acreditarem que sempre comem pior.

Por fim, os estudantes indicariam o seguimento em atendimento individual mais para o paciente obeso e menos para a paciente obesa em comparação com seus pares eutróficos, o que traz novamente a observação de que se a amostra do estudo é composta prioritariamente por mulheres, porque as mulheres indicariam menos o seguimento individual para as mulheres do que para os homens? Parece haver aqui uma relação com acreditar na capacidade do paciente em aderir ao tratamento, e também talvez “paciência” para atender o caso em questão.

Resumidamente, conclui-se que o peso do paciente hipotético influenciou principalmente as percepções e reações dos estudantes e resultou em algumas diferenças nas condutas e sugestão de procedimentos de atendimento. As influências demonstraram novamente a presença de atitudes negativas por parte dos estudantes de graduação em nutrição em relação aos pacientes obesos.

Este estudo é pioneiro em avaliar atitudes de estudantes de nutrição para com a obesidade e indivíduos obesos, para tanto, utilizou-se de métodos diversos objetivando conhecer o máximo possível sobre esta realidade dentro da metodologia do estudo – avaliação da percepção e insatisfação corporal, fatores de desenvolvimento da obesidade, atitudes anti-obesidade (AFAT) e influência do peso nas percepções e condutas.

Observando os resultados obtidos por meio da avaliação da imagem corporal nota-se elevados índices de insatisfação corporal e alteração da percepção da imagem corporal, com maior alteração da percepção corporal entre as mulheres. Ainda para o sexo feminino, a insatisfação corporal aumentou de acordo com as categorias do estado nutricional e as mulheres com sobrepeso e obesidade apresentaram maior alteração da percepção corporal quando comparadas às com baixo peso (dado consoante com a literatura). De qualquer forma, a insatisfação e percepção corporal não influenciaram a presença de atitudes negativas (AFAT).

Os fatores de desenvolvimento da obesidade revelaram que os estudantes atribuem causas principalmente comportamentais à obesidade – e, portanto, de responsabilidade do indivíduo obeso.

A resposta à Escala de atitudes anti-obesidade (AFAT) atingiu pontuações inferiores às verificadas em outros estudos com o mesmo instrumento, mas a análise do percentual de respostas para cada questão específica demonstrou que os estudantes possuem atitudes negativas em relação à obesidade e aos indivíduos obesos.

O peso de um paciente hipotético influenciou o tempo de atendimento, percepções, condutas e estratégias de tratamento, com a identificação de atitudes negativas principalmente relacionadas às percepções e reações dos alunos diante dos pacientes hipotéticos obesos, sendo que a paciente obesa do sexo feminino recebeu piores avaliações no geral.

Embora o número de homens participantes do estudo seja pequeno, chama atenção o achado de atitudes mais negativas por este público na avaliação com a AFAT, o que sugere a necessidade de esclarecer esta relação a partir de estudos que incluam um número equivalente de homens na amostra.

Ainda, os resultados da avaliação da influência do peso nas percepções e condutas dos estudantes, evidenciam que além do preconceito para com indivíduo obeso existir, ele é maior quando se tratar de uma mulher obesa. Desta forma, o estigma é relacionado a peso e sexo. Historicamente, há um enraizamento da associação entre mulheres e o consumo de pouca quantidade de comida, que para Muzzarelli e Tarozzi,

citadas por ÁSFORA (2012), está fundamentado em razões masculinas apoiadas no discurso cristão sobre os pecados capitais. As autoras atribuem o controle das mulheres sobre a quantidade de comida que consomem ao fato de ser a comida o único terreno considerado legitimamente feminino ao longo da história e exploram a instituição de cânones para o corpo feminino e padrões de beleza – que mesmo nos períodos em que estiveram associados a corpos mais curvilíneos, a apreciação recaía sobre a boa proporção dos corpos e não sobre o excesso de gordura,

Segundo MENUCCI et al. (2015) o sentimento de inapropriação, inadequação e de culpa individual relacionado aos ideais de beleza e às imagens de corpos inalcançáveis propagadas pela mídia constituem uma estratégia de dominação-diminuição pela desvalorização dos corpos, da qual as mulheres são as maiores vítimas. WOLF (1992) em análise de gênero acerca do mito da beleza, aponta que a preocupação das mulheres em relação ao peso foi uma solução direta da sociedade para os perigos representados pelas mulheres e pela sua liberdade econômica, sendo o hábito da dieta “o mais possante sedativo político na história feminina”.

Considerando a elevada prevalência da obesidade e a presença de atitudes negativas e preconceito dos estudantes e profissionais de saúde para com a obesidade e os indivíduos obesos, a temática do presente estudo é de grande relevância para a Saúde Pública. O Sistema Único de Saúde (SUS) está fundamentado em diretrizes e princípios e dentre os últimos estão a universalidade no acesso aos serviços de saúde, a integralidade e a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou

privilégios de qualquer espécie (BRASIL, 1990); sendo assim, alguns dos resultados apresentados no presente trabalho demonstram que a consecução desses princípios para os indivíduos com obesidade pode estar prejudicada. A Política Nacional de Humanização, como eixo norteador das práticas de saúde no SUS, traz estratégias e diretrizes capazes de contribuir para o enfrentamento do problema – educação permanente, reforçar o conceito de clínica ampliada (estímulo a diferentes práticas terapêuticas, compromisso com o sujeito e seu coletivo e co-responsabilidade no processo de produção de saúde) e sensibilizar as equipes de saúde em relação à questão dos preconceitos (BRASIL; 2004).

Nesse sentido, a publicação do Caderno de Atenção Básica “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – obesidade” (BRASIL, 2014) pelo Ministério da Saúde é um avanço, pois além de tratar da dimensão biológica do cuidado ao indivíduo obeso, traz capítulos específicos em relação à estratégias de tratamento, incluindo a abordagem familiar, o cuidado integral, o resgate da culinária para a saúde e o prazer cotidiano e a valorização de ganhos na saúde e no bem-estar durante o tratamento. Cita ainda a presença de discriminação direcionada aos indivíduos obesos, mas somente por meio da família, da escola, vizinhos e amigos, sem fazer referência à presença de atitudes negativas, preconceito e discriminação nos próprios serviços de saúde.

Deve-se considerar que este estudo tem algumas limitações: a amostra incluiu alunos de graduação em nutrição de diversas universidades/faculdades, sem equivalência na quantidade de estudantes

oriundos das diferentes instituições. Isso ocorreu devido ao fato de que após a divulgação, apenas os alunos que se interessaram em participar do estudo acessaram a página do NutriHS (participação voluntária) e preencheram os instrumentos da pesquisa. Os estudantes tiveram liberdade para responder os diversos instrumentos de pesquisa conforme a sua disponibilidade de tempo, portanto não era obrigatório responder a todos em uma única vez (havia apenas uma sequência de resposta, como explicado nos métodos), o que ocasionou também em números de respostas distintos para cada um dos instrumentos.

Houve um reduzido número de estudantes do sexo masculino, o que é uma característica dos cursos de graduação em nutrição, mas tal fato deve ser considerado nas comparações das variáveis entre os sexos (AFAT, insatisfação e percepção corporal, fatores de desenvolvimento da obesidade e influência na percepção e conduta).

Os dados de peso e estatura foram referidos pelos alunos (por uma questão de tempo e logística), portanto, poderiam apresentar discrepâncias em relação aos dados reais. No entanto, metanálise de BOWMAN e DELUCIA (1992) concluiu que dados de altura e peso referidos podem ser boas estimativas de dados reais, e estudos nacionais que compararam dados reais com informados concluíram que é possível utilizar dados informados ao invés de valores aferidos, pois aqueles apresentaram boa concordância e validade (FONSECA et al., 2004; PEIXOTO et al., 2006).

Outra limitação a se considerar é o fato da escala escolhida para avaliar a presença de atitudes negativas em relação à obesidade (AFAT) ter

sido empregada em apenas quatro estudos publicados, sendo que em um deles a metodologia empregada na obtenção das pontuações totais e das subescalas foi diferente daquela utilizada no presente estudo - e recomendada pelos autores da escala original - o que dificulta maiores comparações. De qualquer forma, os estudos que investigam o fenômeno “*weight bias*” nos estudantes e profissionais de saúde utilizam escalas diversas, o que também corrobora para a dificuldade na comparação dos resultados.

Ainda, trabalhando-se com escalas de auto preenchimento, deve-se sempre considerar a questão do desejo de aceitação/ajuste social, e deve-se considerar também que as respostas ficam restritas a maneira como o construto está colocado no instrumento e suas opções de resposta. De qualquer forma, uma exploração mais ampla só seria possível em estudo qualitativo conduzido com entrevistas ou grupos focais ou observações de conduta. E tal possibilidade pode ser considerada para explorações futuras sobre estigma e preconceito para com a obesidade.

Finalmente, por se tratar de um estudo de caráter transversal, não é possível estabelecer relações de causa e efeito. A utilização de outras metodologias científicas poderia ser útil para elucidar como as atitudes em relação aos indivíduos obesos e à obesidade evoluem ao longo dos anos de graduação, ou poderiam apresentar mudanças após intervenções para reduzir a presença de atitudes negativas e preconceito.

No entanto, acredita-se que por outro lado, este estudo tem vários pontos fortes: ele adaptou e validou uma escala específica para avaliação do

construto objeto – e nenhum instrumento estava disponível antes em Português, e desta forma abre a possibilidade para investigações futuras; investigou de maneira inédita no Brasil a presença de atitudes negativas em relação à obesidade e aos obesos em uma amostra considerável de estudantes de graduação em Nutrição; e trouxe resultados que podem contribuir para a discussão do tema no meio científico e na Saúde Pública.

6 CONCLUSÃO

Os resultados deste trabalho apontam para conclusão de que os estudantes de graduação em nutrição possuem atitudes negativas em relação à obesidade e aos indivíduos obesos, que podem ser entendidas como preconceito e estigma:

- As características da amostra que influenciaram a presença de atitudes negativas na pontuação total da Escala de Atitudes Anti-obesidade (AFAT) foram: a idade, o IMC, o ano de graduação e o sexo. Sendo que os mais velhos, e os mais pesados apresentaram menos atitudes negativas; e os de anos de graduação mais baixos e os homens mais atitudes negativas;

- A presença de obesidade na família, estado civil, cor da pele, prática de dieta, percepção e insatisfação com a imagem corporal e nível socioeconômico não influenciaram a presença de atitudes negativas em relação à obesidade e aos indivíduos obesos;

- Os fatores determinantes da obesidade considerados mais estigmatizantes (falta de força de vontade ou controle, vício/dependência em

comida, alterações emocionais e de humor, personalidade, falta de conhecimentos em alimentação e nutrição, não considerar o excesso de peso um problema, gostar muito de comer, baixa autoestima e falta de consciência sobre seu peso) tiveram baixa correlação com as pontuações da AFAT (presença de atitudes negativas). De qualquer forma os alunos atribuem prioritariamente causas comportamentais à obesidade;

- O peso corporal de um paciente hipotético influenciou a percepção e avaliação do estado de saúde do mesmo e algumas condutas e estratégias de tratamento.

6.1 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Os resultados do presente estudo confirmam a presença de atitudes negativas em relação à obesidade e aos indivíduos obesos entre os estudantes de graduação em nutrição e está em consonância com estudos nacionais e internacionais que verificaram o mesmo em estudantes de nutrição e de outros cursos e entre profissionais de saúde.

Reafirma-se a relevância deste fenômeno para a Saúde Pública e a importância de garantir que os princípios e diretrizes do SUS citados anteriormente sejam garantidos aos indivíduos com obesidade. Sensibilizar estudantes e profissionais é imprescindível para que a universalidade no acesso aos serviços de saúde se concretize, por meio da garantia de espaços, equipamentos e procedimentos adequados aos indivíduos obesos; e de atendimento acolhedor e humanizado que possibilite a busca dos

serviços das unidades de saúde de maneira idêntica aos demais – acesso às ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento.

A integralidade no atendimento depende de práticas de humanização e de clínica ampliada, com o envolvimento de profissionais de categorias diversas trabalhando de maneira interdisciplinar e baseada na troca de experiências entre gestores, profissionais e usuários. Por fim, a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie demanda a reflexão de todos os atores envolvidos no processo sobre a presença de preconceito, atitudes negativas e discriminação para com os indivíduos obesos e suas consequências e a elaboração de estratégias para evitá-los e reduzi-los.

Abordagens inovadoras, como o “*Health At Every Size*” (HAES) podem contribuir para a mudança de paradigma em relação a supervalorização do peso corporal no tratamento da obesidade e fornecer ferramentas para o manejo mais compreensivo e menos culpabilizador. Diversos estudos internacionais exploram os benefícios do HAES na abordagem da obesidade. De maneira inédita no Brasil, ULIAN (2014) empregou a metodologia HAES por meio de intervenção não prescritiva e multidisciplinar em usuários obesos e observou mudanças positivas na qualidade, estrutura, consumo comportamento e atitudes alimentares.

Recomenda-se, portanto, que a temática (presença de atitudes negativas, preconceito, estigma e discriminação em relação aos indivíduos obesos e à obesidade nos diversos cenários) seja incluída nos cursos de graduação em nutrição e de outras áreas da saúde, bem como seja

disseminado em espaços de educação permanente (cursos, eventos científicos e publicações) aos diversos profissionais de saúde. Associar a discussão do tema a outras questões que possam contribuir para um olhar mais ampliado e menos medicalizado por parte dos profissionais de saúde em relação à obesidade (como a complexidade da etiologia da obesidade, dimensões sociais e afetivas do comer, estratégias inovadoras no manejo da obesidade e clínica ampliada) poderá ser útil para promover mudanças.

Algumas recomendações podem ser feitas para futuros estudos: novas investigações poderiam ser realizadas com uma amostra representativa de estudantes de nutrição brasileiros; comparações com estudantes universitários de outros cursos da área da saúde; e amostra composta por quantidade equivalente de homens e mulheres (conforme comentado anteriormente). Outras questões a serem investigadas são a influência da relação da fobia/medo do estudante/profissional da área da saúde em relação a engordar com a presença de atitudes negativas em relação à obesidade e aos indivíduos obesos e utilização de escalas de avaliação do desejo de aceitação social associadas à aplicação da Escala de Atitudes Anti-obesidade (AFAT).

Desta forma, acredita-se que o presente estudo traz contribuições importantes para a Nutrição em Saúde Pública, uma vez que produziu conhecimento que poderá ser empregado na discussão acerca da presença de atitudes negativas e preconceito entre estudantes e profissionais de saúde com vistas a oferecer atenção mais humanizada e integral aos indivíduos obesos.

7 CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROCESSO DE MESTRADO – APRENDIZADOS E SIGNIFICADOS DESTA JORNADA

O meu amor pela nutrição aconteceu muito antes de descobrir que o curso existia. Desde a infância sempre demonstrei interesse pela diferentes comidas, o momento das refeições era esperado com muita ansiedade e era reconhecida pelos meus familiares por essas características. Minha leitura predileta era a revista em quadrinhos da “Magali” e depois passou a ser toda publicação que se referia aos alimentos, às refeições e à relação da nutrição com a saúde.

Inúmeras são as minhas memórias afetivas relacionadas à comida, como o prazer de chegar à casa da avó e encontrar bolinhos de chuva fresquinhos para comer conversando com a família ou então as receitas de família oriundas da fusão do oriente com o ocidente proporcionada pela minha descendência que traziam pratos japoneses e portugueses para o Natal, Páscoa e outras festas.

Lembro-me do dia em que perguntei a minha mãe se havia alguma profissão que “cuidava da alimentação das pessoas”, sabia que o meu amor pela comida poderia se relacionar com a minha facilidade para me comunicar com os outros, mas fiquei surpresa quando descobri a Nutrição. Ainda faltava muito tempo para ingressar na faculdade, mas nesse dia tomei a decisão de cursar nutrição, e nunca mais passou pela minha cabeça prestar o vestibular para outro curso.

Já na faculdade, era muito aplicada. Desde o primeiro ano buscava cursos de extensão, cursos nas férias e estágios que pudessem complementar o meu aprendizado. Porém, foi durante os estágios obrigatórios que descobri que queria trabalhar na Saúde Coletiva.

Meu último estágio aconteceu no CREN (Centro de Recuperação e Educação Nutricional) e lá, mesmo como estagiária, tive muita autonomia para propor estratégias de educação nutricional e realizar ações em saúde junto às famílias, provenientes de comunidades vulneráveis da zona Sul de São Paulo. Quando terminei o estágio e finalmente me tornei uma nutricionista, percebi que nada muda no dia em que você se forma e que seria minha atuação prática que consolidaria o que aprendi durante o curso. Sabia que um dia desejaria retornar a universidade para iniciar o Mestrado, mas diferentemente das minhas colegas que ingressaram na Pós-graduação logo após a formatura, optei por conhecer o cenário da prática com mais profundidade primeiro.

Por sorte, uma vaga para nutricionista surgiu no CREN e voltei a atuar no local, mas dessa vez como nutricionista de um projeto realizado em território. Foi lá que “aprendi a aprender” com outras categorias, com os agentes comunitários de saúde e com os usuários. Carregava a mochila com os equipamentos de antropometria e os materiais de escritório necessários aos atendimentos e partia para a “comunidade” realizar buscas ativas de crianças e adolescentes com alterações do estado nutricional nas áreas delimitadas pelas unidades de saúde como “mais vulneráveis”, os atendimentos individuais e em grupo eram realizados nos espaços cedidos

pelas comunidades (casas de usuários, centros comunitários e igrejas) e participávamos de reuniões e ações de educação permanente sobre alimentação e nutrição.

O meu amor pela comida e as vivências que tive sempre fizeram com que valorizasse a importância do sentido do comer na vida dos usuários e das famílias, o que contribuiu para o início das reflexões que culminaram neste trabalho.

Um ano e meio depois fui trabalhar em uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), e como era de se esperar, uma das maiores demandas eram os usuários com obesidade. Comecei a atendê-los individualmente e em grupos e logo tive a certeza de que aquilo que havia aprendido na faculdade não era suficiente para lidar com a complexidade da questão.

Procurei então um curso de Pós-graduação lato senso que aprofundasse o tema “obesidade” e iniciei a Especialização em “Obesidade, emagrecimento e saúde: abordagem multidisciplinar” na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), mas mesmo depois de concluí-la percebi que sabia muito sobre a dimensão biológica, mas pouco sobre as dimensões social e psicológica. Ao mesmo tempo, percebia que os usuários que chegavam até mim já haviam passado por diversas experiências de tratamento, muitas vezes despendiam grande parte do seu dia preocupados com a comida e com o corpo, contavam sobre situações em que se sentiram discriminados pelos profissionais de saúde e me dava conta que o manejo que havia aprendido não era novidade e não havia contribuído para a saúde

dos usuários, e talvez, tivesse contribuído para o sofrimento dos mesmos relacionado ao comer.

Passei a pesquisar outras estratégias para lidar com a obesidade e com os usuários que haviam praticado diversas dietas restritivas sem sucesso, foi quando em uma conversa com meu amigo nutricionista conheci o “Health at Every Size” (HAES) ou “Saúde em qualquer tamanho” - filosofia baseada em ciência que busca promover saúde ao invés do peso com enfoque no comer normal e em atividades físicas prazerosas.

Conforme ia aprendendo mais sobre o assunto, passei a utilizar as metodologias na prática dos atendimentos no NASF e logo vi a diferença: usuários melhorando a sua relação com a comida, diminuindo ou extinguindo o sofrimento relacionado à comida e ao corpo e melhorando os indicadores de saúde. Propus a formação de um grupo de estudos em obesidade com a participação dos profissionais da minha e de outras equipes do NASF.

Observei as dificuldades para que outros profissionais se abrissem para conhecer uma metodologia que não estivesse baseada no emagrecimento e na prática de dietas restritivas e ficava muito incomodada com algumas colocações que considerava “preconceituosas” em relação à obesidade e ao usuário obeso. Inicialmente o incômodo gerava muita irritação, o que dificultava inclusive a minha argumentação nas reuniões e provavelmente, ao invés de aproximar os profissionais da possibilidade de compreender aquilo que eu dizia, na realidade distanciava.

Foi aí que surgiu a ideia para investigar aquilo que eu entendia como “preconceito” e que considerava que poderia afetar a conduta do profissional diante do usuário com obesidade. Com uma ideia na cabeça encontrei uma professora que fosse tão apaixonada pelo tema quanto eu e iniciei a Pós-graduação em Nutrição em Saúde Pública. Logo no início conversei com a minha orientadora sobre o fato de trabalhar como nutricionista na Saúde Coletiva e expressei o meu desejo de continuar trabalhando durante o curso e reavaliar ao longo do tempo. Sabia que deixar de atuar no NASF seria muito difícil e que eu faria o possível e o impossível para manter algo que trazia ainda mais sentido para aquilo que eu estava estudando na pós-graduação.

Ter uma jornada de 40 horas, cumprir os créditos necessários no curso e estudar o tema que escolhi foram grandes desafios, enfrentados com lágrimas, cansaço e muito esforço. Tive que lidar com a frustração de não conseguir cursar todas as disciplinas que gostaria e que às vezes não correspondia às expectativas da minha orientadora. Mas todas as dificuldades me fortaleceram e fazer duas coisas que faziam muito sentido na minha vida me ajudou a seguir em frente e concluir este trabalho.

Sou imensamente agradecida a minha orientadora, que precisou ser muito paciente, persistente e acreditou que o meu amor pelo tema e pela minha profissão poderiam se concretizar na minha dissertação. Tenho grande satisfação de apresentar o que construímos juntas e sou eternamente grata por esta oportunidade de aprendizado, espero que este trabalho possa contribuir para fomentar a discussão sobre o tema, e quiçá

provocar mudanças positivas no sentido de oferecer uma atenção à saúde mais humanizada aos usuários com sobrepeso e obesidade.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abuh-Odeh D. Fat stigma and the Public Health: a theoretical framework and ethical analysis. *Kennedy Inst Ethics J*. 2014; 24(3): 247-65

Agerström J, Rooth DO. The role of automatic obesity stereotypes in real hiring discrimination. *J Appl Psychol*. 2011;96(4):790-805.

Allison DB, Basile VC, Yunker HE. The measurement of attitudes toward and beliefs about obese persons. *Int J Eat Disord*. 1991;10(5):599-607.

Alvarenga MS, Philippi ST, Lourenco BH, Sato P de M, Scagliusi FB. Insatisfação com a imagem corporal em universitárias Brasileiras. *J Bras Psiquiatr*. 2010;59(1):44-51.

Alvarenga MS, Polacow VO, Scagliusi FB. Dieta e seus efeitos no comportamento alimentar. In: Alvarenga MS, Figueiredo M, Timerman F, Antonaccio CMA. *Nutrição Comportamental*. Barueri: Manole, 2015.

Amy NK, Aalborg A, Lyons P, Keranen L. Barriers to routine gynecological cancer screening for White and African-American obese women. *Int J Obesity*. 2006;30:147–55.

Andreyeva T, Puhl RM, Brownell KD. Changes in perceived weight discrimination among Americans, 1995–1996 through 2004–2006. *Obesity*. 2008;16:1129-34.

Ashmore JA, Friedman KE, Reichmann SK, Musante GJ. Weight-based stigmatization, psychological distress, and binge eating behavior among obese treatment-seeking adults. *Eat Behav*. 2008;9:203–9.

Bacon JG, Scheltema KE, Robinson BE. Fat phobia scale revisited: the short form. *Int J Obes*. 2001;25:252-7.

Baraldi S, Bampi LN da S, Pereira MF, Guilhem DB, Mariath AB, Campos ACO. Avaliação da qualidade de vida de estudantes de nutrição. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2015;13(2):515-31.

Barnes RD, Ivezai V, Grilo CM. An examination of weight bias among treatment-seeking obese patients with and without binge eating disorder. *Gen Hosp Psychiatry*. 2014;36:177–80.

Berryman DE, Dubale GM, Manchester DS, Mittelstaedt R. Dietetics students possess negative attitudes toward obesity similar to nondietetics students. *J Am Diet Assoc*. 2006;106:1678-82.

Bertakis KD, Azari R. The impact of obesity on primary care visits. *Obes Res*. 2005;13:1615–23.

Berton L. Discrimination suit may have “heavy” implications for profession. *Accounting Today*. 2001;15(11):6.

Bleich SN, Gudzone KA, Bennett WL, Cooper LA. Do physician beliefs about causes of obesity translate into actionable issues on which physicians counsel their patients? *Prev Med*. 2013;56(5):326-8.

Blundell J, Coe S, Hooper B. Food addiction – what is the evidence?. *Nutrition Bulletin*. 2014;39(2):218-22.

Bocquier A, Verger P, Basdevant A, Andreotti G, Baretge J, Villani P, Paraponaris A. Overweight and obesity: knowledge, attitudes, and practices of general practitioners in France. *Obes Res*. 2005;13:787–95.

Bogart WA. Law as a tool in "the war on obesity": useful interventions, maybe, but, first, what's the problem?. *J Law Med Ethics*. 2013;41(1): 28-41.

Bosi MLM, Luiz RR, Morgado CMdaC, Costa MLdosS, Carvalho RJde. Autopercepção da imagem corporal entre estudantes de nutrição: um estudo no município do Rio de Janeiro. *J Bras Psiquiatr*. 2006;55(2):108-13.

Bowman R, DeLucia J. Accuracy of self-reported weight: a meta-analysis. *Behav Ther* 1992;23:637-55.

Brandsma LL. Physician and patient attitudes toward obesity. *Eat Disord*. 2005;13(2):201-11.

Bray GA, York B, DeLany J. A survey of the opinions of obesity experts on the causes and treatment of obesity. *Am J Clin Nutr*. 1992;55:151S-4S.

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 20 de set de 1990; Seção 1:018055.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96. Diretrizes e norma regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: *Diário Oficial da União*. 16 out 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Brasília; 2004.(Cadernos de Atenção Básica, 38)

Brewis AA. Stigma and the perpetuation of obesity. *Soc Sci Med*. 2014;118:152-8.

Brown I. Nurses' attitudes towards adult patients who are obese: literature review. *J Adv Nurs*. 2006;53(2):221–32.

Brownell KD, Puhl RM, Schwartz MB, Rudd L. Weight bias: nature, consequences, and remedies. New York: The Guildford Press; 2005.

Budd GM, Mariotti M, Graff D, Falkenstein K. Health care professionals' attitudes about obesity: an integrative review. *Appl Nurs Res*. 2011;24:127-37.

Burmeister JM, Kiefner AE, Carels RA, Musher-Eizenman DR. Weight bias in graduate school admissions. *Obesity*. 2013;21(5):918-20.

Camossa ACdoA, TelarolliR Jr, Machado MLT. O fazer teórico-prático do nutricionista na estratégia saúde da família: representações sociais dos profissionais das equipes. *Rev Nutr*. 2012;25(1):89-106.

Campbell K, Crawford D. Management of obesity: attitudes and practices of Australian dietitians. *Int J Obes*. 2000;24:701-710.

Canella DS, Levy RB, Martins AP, Claro RM, Moubarac JC, Baraldi LG et al.Ultra-processed food products and obesity in Brazilian households (2008-2009). *PLoS One*. 2014;9(3).

Carvalho Mc, Martins A. A obesidade como objeto complexo: uma abordagem filosófico-conceitual. *Ciênc Saúde Colet*. 2004; 9(4)1003-12.

Chambliss HO, Finley CE, Blair SN. Attitudes toward obese individuals among exercise science students. *Med Sci Sports Exerc*. 2004;36(3):468-74.

Chen EY, Brown M.Obesity stigma in sexual relationships. *Obes Res*. 2005; 13(8):1393-7.

Chen EY, Bocchieri-Ricciardi LE, Munoz D, Fischer S, Katterman S, Roehrig M, Dymek-Valentine M, Alverdy JC et al. Depressed mood in class III obesity predicted by weight-related stigma. *Obes Surg*. 2007;17:669-71.

Cordás TA, Kachani AT. Nutrição em psiquiatria. Porto Alegre: Artmed, 2010.

Cori GC, Petty MLB, Alvarenga MS. Atitudes de nutricionistas em relação a indivíduos obesos – um estudo exploratório. *Cien Saúde Colet*, 2015; 20(2):9-20.

Crandall CS, Biernat M. The ideology of anti-fat attitudes. *J Appl Soc Psychol*. 1990;20:227-43.

Crandall CS. Prejudice against fat people: ideology and self-interest. *J Pers Soc Psychol*. 1994;66(5):882-94.

Crandall CS, D'Anello S, Sakalli N, Lazarus E, Nejtardt GW, Feather NT. An attribution-value model of prejudice: anti-fat attitudes in six nations. *Pers Soc Psychol Bull*. 2001 27:30-7.

Daníelsdóttir S, O'Brien KS, Ciaoc A. Anti-fat prejudice reduction: a review of published studies. *Obes Facts*. 2010;3:47–58.

Darby A, Hay P, Mond J, Rodgers B, Owen C. Disordered eating behaviours and cognitions in young women with obesity: relationship with psychological status. *Int J Obesity*. 2007;31:876–82.

Denis GV, Obin MS. 'Metabolically healthy obesity': origins and implications. *Mol Aspects Med*. 2013;34(1):59-70.

Després JP. What is "metabolically healthy obesity"?: from epidemiology to pathophysiological insights. *J Clin Endocrinol Metab*. 2012;97(7):2283-5.

Drury CAA, Louis M. Exploring the association between body weight, stigma of obesity, and health care avoidance. *J Am Acad Nurse Pract*. 2002;14 (12):554-61.

Durso LE, Latner JD, White MA, Masheb RM, Blomquist KK, Morgan PT et al. Internalized weight bias in obese patients with binge eating disorder: associations with eating disturbances and psychological functioning. *Int J Eat Disord*. 2012;45(3):423–7.

Eagly AH, Chaiken S. *The psychology of attitudes*. Orlando: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers; 1993.

Farrell AE. *Fat shame: stigma and the fat body in American culture*. New York University Press: New York and London; 2011.

Ferrante JM, Ohman-Strickland P, Hudson SV, Hahn KA, Scott JG, Crabtree BF. Colorectal cancer screening among obese versus non-obese patients in primary care practices. *Cancer Detect Prev*. 2006;30:459–65.

Ferrante JM, Piasecki AK, Ohman-Strickland PA, Crabtree BF. Family physicians' practices and attitudes regarding care of extremely obese patients. *Obesity*. 2009;17(9):1710–6.

Fettich KC, Chen EY. Coping with obesity stigma affects depressed mood in African-American and White candidates for bariatric surgery. *Obesity*. 2012; 20(5):1118-21.

Fishbein M, Ajzen I. Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research. Massachusetts: Addison-Wesley; 1975.

Fonseca MJM, Faerstein E, Chor D, Lopes CS. Validade de peso e estatura informados e índice de massa corporal: estudo pró-saúde. *Rev Saude Publica*. 2004;38(3):392-8.

Forhan M, Salas XR. Inequities in healthcare: a review of bias and discrimination in obesity treatment. *Can J Diabetes*. 2013;37(3):205-9.

Foster GD, Wadden TA, Makris AP, Davidson D, Sanderson RS, Alisson DB, Kessler A. Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment. *Obes Res*. 2003;11(10):1168-77.

Friedman KE, Reichmann SK, Costanzo PR, Zelli A, Ashmore JA, Musante GJ. Weight stigmatization and ideological beliefs: relation to psychological functioning in obese adults. *Obes Res*. 2005;13(5):907-16.

García-Galbis MR, Castell EC, Baeza MR, Hervás AG. The variability in adherence to dietary treatment and quality of weight loss: overweight and obesity. *Nutr Hosp*. 2015;31(5):2017-24.

Glenn NM, McGannon KR, Spence JC. Exploring media representations of weight-loss surgery. *Qual Health Res*. 2013;23(5):631-44.

Goffman E. Stigma: notes on the management of spoiled identity. New York : Symon and Schuster Inc; 1963.

Greenleaf C, Weiller K. Perceptions of youth obesity among physical educators. *Soc Psychol Educ*. 2005;8:407–23.

Grejanin DKM, PezzoTH, Natri V, Sanches VPP, Nascimento DDG do, Quevedo MP. As percepções sobre o “ser obeso” sob a ótica do paciente e dos profissionais da saúde. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*. 2007;17(3):37-47.

Hague AL, White AA. 2005 Mar-Apr;37(2):58-66. Web-based intervention for changing attitudes of obesity among current and future teachers. *J Nutr Educ Behav*. 2005;37(2):58-66.

Hamer M, Stamatakis E. Metabolically healthy obesity and risk of all-cause and cardiovascular disease mortality. *J Clin Endocrinol Metab.* 2012;97(7):2482-8.

Harvey EL, Hill AJ. Health professionals' views of overweight people and smokers. *Int J Obes.* 2001;25:1253-61.

Harvey EL, Summerbell CD, Kirk SFL, Hill AJ. Dietitians' views of overweight and obese people and reported management practices. *J Hum Nutr Dietet.* 2002;15:331-47.

Hebebrand J, Albayrak Ö, Adan R, Antel J, Dieguez C, de Jong J et al. "Eating addiction", rather than "food addiction", better captures addictive-like eating behavior. *Neurosci Biobehav Rev.* 2014;47:295-306.

Hebl MR, Xu J. Weighing the care: physicians' reactions to the size of a patient. *Int J Obes.* 2001; 25:1246–52.

Heo M, Allison DB, Fontaine KR. Overweight, obesity, and colorectal cancer screening: disparity between men and women. *BMC Public Health* 2004, 4(53).

Herrmann F, Minerbo M. Creme e castigo: sobre a migração dos valores morais da sexualidade à comida. In: Carone I. *Psicanálise fim século*. São Paulo: Hacker; 1998. p. 19-36.

Hilbert A, Braehler E, Haeuser W, Zenger M. Weight bias internalization, core self-evaluation, and health in overweight and obese persons. *Obesity.* 2013; 22(1):79-85.

Hussin M, Frazier S, Thompson JK. Fat stigmatization on YouTube: a content analysis. *Body Image.* 2011;8(1):90-2.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro; 2010.

Ip EH, Marshall S, Vitolins M, Crandall SJ, Davis S, Miller D et al. Measuring medical student attitudes and beliefs regarding patients who are obese. *Acad Med.* 2013;88(2):282–9.

Jacob H. As linguagens da alimentação: uma investigação semiótica introdutória sobre a linguagem fitness de comer e de cozinhar. In: *Anais do XXXVII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação*; 2014; Foz do Iguaçu-BR.

Jones EB. Preventing weight bias in workplace lifestyle intervention programs. *Arch Intern Med*. 2007;167(19):2146.

Kakeshita IS, Silva AIP, Zanatta DP, Almeida SS. Construção e fidedignidade teste-reteste de escalas de silhuetas brasileiras para adultos e crianças. *Psic Teor e Pesq*. 2009;25(2):263-70.

Katz D, Stotland E. A preliminary statement to a theory of attitude structure and change. In: Koch S. *Psychology: a study of a science*. New York: McGraw-Hill; 1959. v. 3, p. 423-475.

Kirk SFL, Penney TL. The role of health systems in obesity management and prevention: problems and paradigm shifts. *Curr Obes Rep*. 2013; 2:315–9.

Klassen ML, Jasper CR, Harris RJ. The role of physical appearance in managerial decisions. *J Bus Psychol*. 1993;8(2):181-98.

Latner JD, O'Brien KS, Durso LE, Brinkman LA, MacDonald T. Weighing obesity stigma: the relative strength of different forms of bias. *Int J Obes*. 2008;32:1145–52.

Lee M, Ata RN, Brannick MT. Malleability of weight-biased attitudes and beliefs: a meta-analysis of weight bias reduction interventions. *Body Image*. 2014; 11: 251–9.

Lewis RJ, Cash TF, Jacobi L, Bubb-Lewis C, Prejudice toward fat people: The development and validation of the Antifat Attitudes Test. *Obes Res*. 1997;5:297-307.

Louzada MLdaC, Martins APB, Canella DS, Baraldi LG, Levy RB, Claro RM et al. Ultra-processed foods and the nutritional dietary profile in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2015;49:38.

MacCann C, Roberts RD. Just as smart but not as successful: obese students obtain lower school grades but equivalent test scores to nonobese students. *Int J Obesity*. 2013;37:40-6.

Magallares A, Jauregui-Lobera I, Ruiz-Prieto I, Santed MA. Antifat attitudes in a sample of women with eating disorders. *Nutr Hosp*. 2013;28(3):649-653.

Magliocca KR, Jabero MF, Alto DL, Magliocca JF. Knowledge, beliefs, and attitudes of dental and dental hygiene students toward obesity. *J Dent Educ*. 2005;69(12):1332-9.

Major B, Hunger JM, Bunyan DP, Miller CT. The ironic effects of weight stigma. *J Exp Soc Psychol*. 2014;51:74–80.

Mann GV. Obesity, the nutritional spook. *Am J Public Health*. 1971;61(8):1491–8.

Maranto CL, Stenoien AF. Weight discrimination: a multidisciplinary analysis. *Employee Responsibilities and Rights Journal*. 2000;12(1):9-24.

McClure KJ, Puhl RM, Heuer CA. Obesity in the news: do photographic images of obese persons influence antifat attitudes?. *J Health Commun*. 2011;16(4):359-71.

McVey GL, Walker KS, Beyers J, Harrison HL, Simkins SW, Russell-Mayhew S. Integrating weight bias awareness and mental health promotion into obesity prevention delivery: a public health pilot study. *Prev Chronic Dis*. 2013;10.

Mendez MA, Wynter S, Wilks R, Forrester T. Under- and overreporting of energy is related to obesity, lifestyle factors and food group intakes in Jamaican adults. *Public Health Nutr*. 2004;7(1):9-19.

Menucci, LS, Timerman F, Alvarenga MS. Como a subjetividade influencia o comportamento alimentar? IN: Alvarenga MS, Antonaccio CMA, Timerman F, Figueiredo M. *Nutrição Comportamental*. São Paulo: Manole, 2015. pp51-68.

Mitchell RS, Padwal RS, Chuck AW, Klarenbach SW. Cancer screening among the overweight and obese in Canada. *Am J Prev Med*. 2008;35(2):127-32.

Miller DPJr, Spangler JG, Vitolins MZ, Davis SW, Ip EH, Marion GS, Crandall SJ. Are medical students aware of their anti-obesity bias? *Acad Med*. 2013;88(7):978-82.

Monteiro CA, Moura EC, Conde WL, Popkin BM. Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review. *Bull World Health Org*. 2004; 82 (12):940-6.

Monteiro S, Villela W. *Estigma e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

Morrison TG, O'Connor WE. Psychometric properties of a scale measuring negative attitudes toward overweight individuals. *J Soc Psychol*, 1999; 139(4):436-445.

Mortoza AS. *A obesidade como expressão de questão social: nutrição e estigma* [tese de doutorado]. Brasília: Universidade de Brasília; 2011.

Neurofast [homepage na internet]. Gothenburg: NeuroFAST – University of Gothenburg; c2013 [atualizado em 4 abril de 2013; acesso em 28 julho 2015]. Disponível em: <http://www.neurofast.eu/consensus>

Oberrieder H, Walker R, Monroe D, Adeyanju M. Attitude of dietetics students and registered dietitians toward obesity. *J Am Diet Assoc*. 1995;95(8):914-6.

O'Brien KS, Hunter JA, Banks M. Implicit anti-fat bias in physical educators: physical attributes, ideology and socialization. *Int J Obes*. 2007;31:308-14.

O'Brien KS, Puhl RM, Latner JD, Mir AS, Hunter JA. Reducing anti-fat prejudice in preservice health students: a randomized trial. *Obesity*. 2010; 18(11):2138-44.

Orbach S. *Fat is a feminist issue*. New York: Paddington Press; 1978.

Ostbye T, Taylor DH, Yancy WS, Krause KM. Associations between obesity and receipt of screening mammography, papanicolaou tests, and Influenza vaccination: results from the health and retirement study (HRS) and the Asset and Health Dynamics Among the Oldest Old (AHEAD) Study. *Am J Public Health*. 2005;95(9):1623-30.

Pantenburg B, Sikorski C, Lupp M, Schomerus G, König HH, Werner P et al. Medical students' attitudes towards overweight and obesity. *PLoS One*. 2012;7(11):1-8.

Pearl RL, White MA, Grilo CM. Weight bias internalization, depression, and self-reported health among overweight binge eating disorder patients. *Obesity*. 2013;22(5):142-8.

Peixoto MRG, Benicio MHDJ, Jardim PCBV. Validade do peso e da altura auto-referidos: o estudo de Goiânia. *Rev Saude Publica* 2006;40(6):1065-72.

Persky S, Eccleston CP. Medical student bias and care recommendations for an obese versus non-obese virtual patient. *Int J Obes (Lond)*. 2011; 35(5): 728–35.

Pomeranz JL. A historical analysis of public health, the law, and stigmatized social groups: the need for both obesity and weight bias legislation. *Obesity*. 2008;16(2):93-103.

Poon M-Y, Tarrant M. Obesity: attitudes of undergraduate student nurses and registered nurses. *J Clin Nurs*. 2009;18:2355–65.

Popovich PM, Everton WJ, Campbell KL, Godinho RM, Kramer KM, Mangan MR. Criteria used to judge obese persons in the work place. *Percept Mot Skills*. 1997;85:859-66.

Presnell K, Pells J, Stout A, Musante G. Sex differences in the relation of weight loss self-efficacy, binge eating, and depressive symptoms to weight

loss success in a residential obesity treatment program. *Eat Behav.* 2008;9(2):170-80.

Puhl RM, Brownell KD. Bias, discrimination, and obesity. *Obes Res.* 2001;9(12):788–805.

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.

Puhl RM, Brownell KD. Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults. *Obesity.* 2006;14(10):1802-15.

Puhl RM, Latner JD. Stigma, obesity, and the health of the nation's children. *Psychol Bull.* 2007;133(4):557-80.

Puhl RM, Moss-Racusin CA, Schwartz MB. Internalization of weight bias: implications for binge eating and emotional well-being. *Obesity.* 2007;15(1):19-23.

Puhl RM, Latner, J. Weight Bias: New Science on an Significant Social Problem. *Obesity.* 2008;16(2):S1–S2.

Puhl RM, Heuer CA. The stigma of obesity: a review and update. *Obesity.* 2009;17:941-64.

Puhl RM, Wharton C, Heuer CA. Weight bias among dietetics students: implications for treatment practices. *J Am Diet Assoc.* 2009;109(3):438-44.

Puhl RM, Heuer CA. Obesity Stigma: Important Considerations for Public Health. *Am J Public Health.* 2010;100(6):1019-28.

Puhl RM, Masheb RM, White MA, Grilo CM. Attitudes toward obesity in obese persons: a matched comparison of obese women with and without binge eating. *Eat Weight Disord.* 2010;15(3):173–9.

Puhl RM, Peterson JL, Luedicke J. Fighting obesity or obese persons? Public perceptions of obesity-related health messages. *Int J Obes (Lond).* 2013;37(6):774-82.

Puhl RM, King KM. Weight discrimination and bullying. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2013;27(2):117-27.

Puhl RM, Peterson JL, DePierre JA, Luedicke J. Headless, hungry, and unhealthy: a video content analysis of obese persons portrayed in online news. *J Health Commun.* 2013;18(6):686-702.

Puhl RM, Latner JD, K O'Brien K, Luedicke J, Danielsdottir S, Forhan M. A multinational examination of weight bias: predictors of anti-fat attitudes across four countries. *Int J Obesity*. 2015;39(7):1166-73.

Reichenheim ME, Moraes CL. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Rev Saude Publica*. 2007;41(4):665-73.

Rigo LC, Santolin CB. Combate à obesidade: uma análise da legislação brasileira. *Movimento*. 2012;18 (2):279-96.

Robinson BE, Bacon JG, O'Reilly J. Fat phobia: Measuring, understanding, and changing anti-fat attitudes. *Int J Eating Disord*. 1993;14:467-80.

Robinson J. Health at every size: toward a new paradigm of weight and health. *Med Gen Med*. 2005;7(3)13.

Rosen AB, Schneider EC. Colorectal cancer screening disparities related to obesity and gender. *J Gen Intern Med*. 2004;19:332–8.

Rosenberger PH, Henderson KE, Bell RL, Grilo CM. Associations of weight-based teasing history and current eating disorder features and psychological functioning in bariatric surgery patients. *Obes Surg*. 2007;17:470-7.

Rukavina PB, Li W, Rowell MB. A service learning based intervention to change attitudes toward obese individuals in kinesiology pre-professionals. *Soc Psychol Educ*. 2008;11:95–112.

Rukavina PB, Li W, Shen B, Sun H. A service learning based project to change implicit and explicit bias toward obese individuals in kinesiology pre-professionals. *Obes Facts*. 2010;3(2):117-26.

Russell N, Carryer J. Living large: the experiences of large-bodied women when accessing general practice services. *J Prim Health Care*. 2013;5(3):199–205.

Ryan DH, Jensen MD. What the new obesity guidelines will tell us. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. 2013;20(5):429-33.

Sabin JA, Marini M, Nosek BA. Implicit and explicit anti-fat bias among a large sample of medical doctors by BMI, race/ethnicity and gender. *PLoS One*. 2012;7(11):1-7.

Sawbridge DT, Fitzgerald R. 'Lazy, slothful and indolent': medical and social perceptions of obesity in Europe to the eighteenth century. *Vesalius*. 2009; 15(2):59-70.

Scagliusi FB, Lancha AH Jr. Subnotificação da ingestão energética na avaliação do consumo alimentar. *Rev. Nutr.* 2003; 16(4):471-81.

Scagliusi FB, Cordás TA, Polacow VO, Coelho D, Alvarenga M, Philippi ST et al. Tradução da escala de desejo de aceitação social de Marlowe & Crowne para a língua portuguesa. *Rev Psiquiatr Clín.* 2004;31(6): 272-8.

Schvey NA, Puhl RM, Brownell KD. The impact of weight stigma on caloric consumption. *Obesity.* 2011;19:1957–62.

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.

Sikorski C, Luppá M, Glaesmer H, Brähler E, König HH, Riedel-Heller SG. Attitudes of health care professionals towards female obese patients. *Obes Facts.* 2013;6(6):512-22.

Silva JD, Silva ABdeJ, Oliveira AVKde, Nemer ASdeA. Influência do estado nutricional no risco para transtornos alimentares em estudantes de nutrição. *Ciênc Saúde Colet.* 2012;17(12):3399-406.

Souza QJOVde, Rodrigues AM. Comportamento de risco para ortorexia nervosa em estudantes de nutrição. *J Bras Psiquiatr.* 2014;63(3):200-4.

Stone O, Werner P. Israeli Dietitians' professional stigma attached to obese patients. *Qual Health Res.* 2012;22(6):768–76.

Stunkard AJ, LaFleur WR, Wadden TA. Stigmatization of obesity in medieval times: Asia and Europe. *Int J Obes.* 1998;22:1141-4.

Suh Y, Puhl R, Liu S, Milici FF. Support for laws to prohibit weight discrimination in the United States: public attitudes from 2011 to 2013. *Obesity.* 2014;0(0):1-8.

Swift JA, Hanlon S, El-Redy L, Puhl RM, Glazebrook C. Weight bias among UK trainee dietitians, doctors, nurses and nutritionists. *J Hum Nutr Diet.* 2012; 26(4):395-402.

Swinburn BA, Sacks G, Hall KD, McPherson K, Finegood DT, Moodie MJ, Gortmaker SL. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *Lancet.* 2011;378(9793):804–14.

Taren DL, Tobar M, Hill A, Howell W, Shisslak C, Bell I, Ritenbaugh C. The association of energy intake bias with psychological scores of women. *Eur J Clin Nutr.* 1999;53(7):570-8.

Teachman BA, Brownell KD. Implicit anti-fat bias among health professionals: is anyone immune? *Int J Obes*. 2001;25:1525-31.

Teixeira ME, Budd GM. Obesity stigma: a newly recognized barrier to comprehensive and effective type 2 diabetes management. *J Am Acad Nurse Pract*. 2010;22(10):527-533.

Teixeira FV, Pais-Ribeiro JL, Maia ARP da C. Crenças e práticas dos profissionais de saúde face à obesidade: uma revisão sistemática. *Rev Assoc Med Bras*. 2012; 58(2):254-62.

Thomas SL, Hyde J, Karunaratne A, Herbert D, Komesaroff PA. Being 'fat' in today's world: a qualitative study of the lived experiences of people with obesity in Australia. *Health Expect*. 2008;11(4):321-30.

Tomiyama AJ, McClatchey TM, , McCoy SK, Epel ES, Poelke G, Kemeny ME, Daubenmier J. Associations of weight stigma with cortisol and oxidative stress independent of adiposity. *Health Psychol*. 2014; 33(8):862-7.

Tomiyama AJ, Finch LE, Belsky ACI, Buss J, Finley C, Schwartz MB, Daubenmier J. Weight bias in 2001 versus 2013: contradictory attitudes among obesity researchers and health professionals. *Obesity*. 2015;23:46-53.

Tomoyasu NJ, Toth MJ, Poehlman ET. Misreporting of total energy intake in older men and women. *JAGS*. 1999; 47(6):710-5.

Ulian MD. Análise qualitativa das vivências de obesas ao longo de uma intervenção não prescritiva e multidisciplinar, baseada na filosofia "Health at Every Size" [Dissertação de mestrado]. Santos: Universidade Federal de São Paulo; 2014.

Vaidya V. Psychosocial aspects of obesity. *Adv Psychosom Med*. 2006; 27:73-85.

Vartanian LR, Smyth JM. Primum non nocere: obesity stigma and public health. *J Bioeth Inq*. 2013;10:49–57.

Watson L, Oberle K, Deutscher D. Development and psychometric testing of the Nurses' Attitudes Toward Obesity and Obese Patients (NATOOPS) Scale. *Res Nurs Health*, 2008;31:586–93.

Wee CC, McCarthy EP, Davis RB, Phillips RS. Obesity and breast cancer screening: the influence of race, illness burden, and other Factors. *J Gen Intern Med*. 2004;19:324–31.

Wee CC, Phillips RS, McCarthy EP. BMI and cervical cancer screening among White, African-American, and Hispanic women in the United States. *Obesity Res.* 2005;13(7): 1275-80.

WHO - World Health Organization. *Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation on obesity.* Geneva; 1999.

WHO – World Health Organization, *Global database on Body Mass Index.* Geneva; 2006. [acesso em 03 set 2013). Disponível em: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html.

WHO – World Health Organization. *Global status report on noncommunicable diseases.* Report. 2010.

Wigton RS, McGaghie WC. The effect of obesity on medical students' approach to patients with abdominal pain. *J Gen Intern Med.* 2001;16:262-5.

Wolf C. Physician assistant students' attitudes about obesity and obese individuals. *J Physician Assist Educ.* 2010;21(4):37-40.

Wolf N. *O mito da beleza: como as imagens de beleza são usadas contra as mulheres.* Trad. de Barcellos W. Rio de Janeiro: Rocco; 1992.

ANEXOS

ANEXO 1 – Escalas utilizadas em estudos com a temática de preconceito e estigma com relação à obesidade

Autor (ano)	Nome da Escala	Amostra	O que avalia/ Subescalas	Opções de resposta	Coefficiente α
Allison DB et al. (1991)	<i>Attitudes toward Obese Persons Scale (ATOP)</i> (20 itens)	Membros da NAAFA (National Association to Advance Fat Acceptance), estudantes de pós-graduação em psicologia e estudantes de graduação (amostras 1, 2 e 3). N = 1) 514 / 2) 52 / 3) 72; MI = 1) 49 anos / 2) 29 anos / 3) 21; F = 1) 82% / 2) 76% / 3) 40%	Avalia as atitudes em relação aos indivíduos obesos	Escala Likert -3 a +3 pontos -3 = <i>I strongly disagree</i> +3 = <i>I strongly agree</i>	0.80
Allison DB et al. (1991)	<i>Beliefs about Obese Persons Scale (BAOP)</i> (8 itens)	Membros da NAAFA (National Association to Advance Fat Acceptance), estudantes de pós-graduação em psicologia e estudantes de graduação (amostras 1, 2 e 3). N = 1) 514 / 2) 52 / 3) 72; MI = 1) 49 anos / 2) 29 anos / 3) 21; F = 1) 82% / 2) 76% / 3) 40%	Avalia a dimensão da crença de que a obesidade está sob o controle do indivíduo obeso	Escala Likert -3 a +3 -3 = <i>I strongly disagree</i> +3 = <i>I strongly agree</i>	0.65
Crandall CS (1994)	<i>Anti-Fat Attitudes Questionnaire (AFA)</i> (13 itens)	Estudantes de graduação N = 251/ F = 53,8%	Avalia atitudes “contrárias a obesidade” em três dimensões: <i>Dislike/ Fear of fat/ Willpower</i>	Escala Likert 9 pontos 0 = <i>very strongly disagree</i> 9 = <i>very strongly agree</i>	0.84
Lewis RJ et al. (1997)	<i>Anti-fat Attitudes Test (AFAT)</i> (47 itens)	2 amostras de estudantes universitários (amostras 1 e 2) N = 1) 285/ 2) 120; F = 1) 175 / 2) 60	Avalia atitudes “contrárias a obesidade” em três dimensões: <i>Social/Character Disparagement; Physical/ Romantic Unattractiveness; Weight Control / Blame</i>	Escala Likert 5 pontos 1 = <i>strongly disagree</i> 5 = <i>strongly agree</i>	0.95
Morrison TG e O'Connor WE (1999)	<i>Anti-fat Attitudes Scale (AFAS)</i> (5 itens)	Estudantes universitários e do colegial (amostras 1 e 2) N = 1) 424/ 2) 1452	Avalia atitudes negativas em relação a pessoas com excesso de peso	Escala Likert 5 pontos 1 = <i>strongly disagree</i> 5 = <i>strongly agree</i>	0.70 - 0.80
Bacon JG et al.	<i>Fat Phobia Scale</i>	Indivíduos em sua maioria mulheres,	Avalia a “fobia em relação ao	1 a 5	0.87-0.91

(2001)	<i>(short form)</i> <i>(14 itens)</i>	interessados em saúde, perda de peso e imagem corporal (amostra 1 e 2) N = 1)1135/ 2)255; F = 1)90% / 2)98%	excesso de peso” através de estereótipos comumente atribuídos ao indivíduo obeso		
Brandsma L (2005)	<i>Bray Attitude Toward Obesity Scale (BATOS)</i> (Versão original 47 e Versão breve 24 itens)	Estudantes universitários (versão original); e médicos e pacientes em tratamento para a obesidade (versão breve) Versão original: N = 160 Versão breve: N = 26 médicos e 26 pacientes	Avalia atitudes em relação à obesidade Possui 2 versões, uma avalia atitudes de profissionais e pacientes em relação à obesidade e a outra a percepção dos pacientes sobre a atitude do profissional de saúde em relação à obesidade	Escala Likert 4 pontos 1 = <i>strongly disagree</i> 4 = <i>strongly agree</i>	Versão original 0.88 Versão breve 0.74
Puhl RM et al. (2005)	<i>Obese Persons Trait Survey (OPTS)</i> <i>(20 itens)</i>	Estudantes de graduação em psicologia N = 60; F = 32; MI = 19,5 anos	Avalia estereótipos relacionados ao peso corporal	Percentual de indivíduos obesos que possuem características positivas e negativas	Positiva 0.83 Negativa 0.73
Latner JD et. al (2008)	<i>Universal measure of Bias-FAT (UMB-FAT)</i> <i>(20 itens)</i>	Estudantes universitários de psicologia N = 368; F = 75,4%; MI = 21.53 anos	Avalia o preconceito em relação à obesidade a partir de 4 fatores: <i>Negative Judgment/ Distance/ Attraction/ Equal Rights</i>	Escala Likert 7 pontos	0.93
Watson L et al. (2008)	<i>Nurses' Attitudes Toward Obesity and Obese Patients Scale (NATOOPS)</i> <i>(36 itens)</i>	Enfermeiras registradas na CARNA – College and Association of Registered Nurses of Alberta N = 626; MI = 42 anos; F = 95,5%	Avalia atitudes de enfermeiras em relação à obesidade e aos pacientes obesos	<i>100 mm visual analogue scale (VAS)</i> <i>Seldom – Often Agree – Disagree</i>	0.81
Ip E H et al. (2013)	<i>NEW Attitudes Scale</i> <i>(31 itens)</i>	Estudantes de medicina N = 111; F = 59%	Avalia atitudes de médicos em relação à obesidade no contexto de interação com os pacientes em três dimensões: <i>Nutrition/ Exercise/ Weight Management</i>	Escala Likert -2 a +2 pontos -2 = <i>strongly disagree</i> + 2 = <i>strongly agree</i>	0.63

Legenda: N = número de indivíduos que compunham a amostra/ F = número ou percentual de indivíduos do sexo feminino/ MI = média de idade (anos)

ANEXO 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido NutriHS

Prezado aluno,

Este termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) tem como finalidade esclarecê-lo a respeito dos objetivos, riscos e benefícios do presente estudo. Além disso, destaca que sua participação é livre e que sua privacidade será garantida em qualquer circunstância.

Ao clicar no botão “Consinto em participar” certifico que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, aceito participar e concordo com os termos descritos no TCLE.

Título: Estudo de Saúde de Nutricionistas – Fase 1 (ESNutri 1) da FSP-USP

Este Termo descreve a finalidade, os procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e advertências deste estudo. É importante para sua decisão sobre a participação no estudo que leia e compreenda as explicações dos procedimentos propostos abaixo.

Objetivo: Avaliar a associação de variáveis de composição corporal com biomarcadores de risco cardiovascular; analisar a composição da microbiota intestinal e sua associação com hábitos alimentares e com biomarcadores de risco cardiovascular.

Benefício: Para indivíduos incluídos no estudo será a investigação de fatores de risco e/ou proteção nutricionais para doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), bem como fatores consagrados e os pouco explorados na literatura.

Sua participação inclui:

- a) Responder questionário sobre saúde, ingestão alimentar, crenças e atitudes sobre obesidade via internet;
- b) Realizar avaliação antropométrica, de pressão arterial e da composição corporal pelo densitômetro de dupla emissão com fonte de raio-X (DXA). Este exame é um método inócuo e preciso e sua realização leva 15 minutos.

c) Coleta de 30 ml de sangue com material descartável e pessoal treinado, após 12 horas de jejum;

d) Obtenção de amostra de fezes.

A coleta de sangue e o recebimento da amostra de fezes serão realizados no Centro de Saúde da FSP, em dia e hora pré-agendados.

Risco: Este estudo é considerado de risco mínimo. A antropometria, bem como o DXA, não causam qualquer desconforto e não requerem preparo prévio. A coleta de sangue pode raramente gerar um pequeno hematoma (manchas roxas) no local de punção, que, em geral, desaparecem após 3 a 5 dias.

Não haverá riscos para a integridade física, mental ou moral da sua pessoa. Todas as informações coletadas serão de caráter confidencial e utilizadas somente para fins científicos descritos no protocolo desta pesquisa, sem qualquer identificação pessoal.

O consentimento está sendo pedido exclusivamente para a participação neste estudo. É garantida e respeitada a privacidade na divulgação dos resultados da pesquisa, e não haverá sua identificação.

Liberdade: É garantido o direito de desistir a qualquer momento da participação nesta pesquisa, sem qualquer prejuízo.

Informações para Contato em Caso de Intercorrências

Estaremos à disposição para informá-lo(a) sobre os procedimentos, riscos e benefícios decorrentes da pesquisa, ou qualquer outra dúvida sobre o estudo.

Caso haja quaisquer dúvidas ou perguntas relativas ao estudo, você poderá entrar em contato em qualquer momento com a Dra. Isis Tande da Silva e Dra. Sandra Roberta Gouvea Ferreira.

Telefones: 3061- 7705/7701 ou pelo e-mail: isistande@usp.br

Ou com o Comitê de Ética em Pesquisa – COEP/FSP

Telefones: 3061-7779 ou 3061-7742 e-mail: coep@fsp.usp.br

Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César, São Paulo-SP, CEP:01246-904

ANEXO 3 - Questionário sociodemográfico e Avaliação clínica

1. Avaliação Socioeconômica

1.1 Nome: _____

1.2 Identidade No: _____ Número USP: _____

1.3 Período do curso: _____

1.4 Sexo: 1() M 2() F

1.5 Data de Nascimento: ____/____/____

1.6 Endereço: _____

No: _____ Apto: _____

Cidade/Estado: _____ CEP: _____ Telefone: _____

_e-mail _____

1.7 Mora com a família: 1() Sim 2() Não

1.8 Cor de pele: 1() Branca 2() Negra 3() Parda 4() Amarelo 5() Outra

1.9 Renda familiar: 1() <1 SM – R\$622,0 2() 1 - 5 SM 3() 6 - 10 SM 4() >10 SM 5() Não sabe

1.10 Trabalha ou realiza estágio: 1() Sim , quantas horas diárias _____
2() Não

2. Avaliação Clínica

2.1 Usa medicamento: 1() Anti-hipertensivo 2() Antilipemiante

3() Hipoglicemiante 4() Antidepressivo 5() Medicamento para

emagrecimento

6() Anticoncepcional Outro: _____

2.2 Você apresenta alguma das doenças:

-Diabetes: 1() Sim, tipo _____ 2() Não -Hipertensão: 1() Sim 2() Não

-Dislipidemia: 1() Sim 2() Não -

Outra: _____

2.3 Existe algum familiar com:

Diabetes 1() Sim 2() Não Quem? _____

Hipertensão 1() Sim 2() Não Quem? _____

Doença coronariana 1() Sim 2() Não Quem? _____

Obesidade 1() Sim 2() Não Quem? _____

AVC 1() Sim 2() Não Quem? _____

2.5 Segue alguma dieta específica 1() Sim, finalidade: _____ 2() Não

2.8 Consumo de bebidas alcoólicas

1() Nunca 2() 1 vez/mês 3() 2-4 vezes por mês 4() 2-3 vezes por semana

5() 4 ou mais vezes/semana

2.9 Fumo: 1() Não 2() Sim 3() Pgresso

2.10 Líquidos, volume diário: _____L

2.11 Peso: _____Kg 2.12 Altura: _____m

ANEXO 4 – Questionário sobre os fatores de desenvolvimento da obesidade

Esta seção diz respeito aos fatores que você acredita estarem relacionados à causa da obesidade ($IMC > 30\text{kg/m}^2$ ou mais). Após cada item listado abaixo, indique quão importante (de 1 a 5) você considera este fator para determinar se uma pessoa é ou não obesa.

Fator	Sem importância 1	Pouco importante 2	Importante 3	Muito importante 4	Extremamente importante 5
Falta de força de vontade ou controle					
Vício/dependência em comida					
Inatividade física					
Alterações emocionais e de humor (depressão, ansiedade)					
Fatores genéticos					
Alterações metabólico-hormonais					
Fazer dietas restritivas repetidamente (“efeito sanfona”)					
Personalidade					
Fatores extrínsecos (família, amigos, ambiente, mídia)					
Comer alimentos inadequados					
Comer uma quantidade maior do que a necessária					
Falta de conhecimentos em alimentação e nutrição					
Aumento da disponibilidade de alimento, das porções vendidas e consumo de					

refeições fora do lar					
Condição socioeconômica desfavorável					
Não considerar o excesso de peso um problema					
Gostar muito de comer					
Baixa autoestima					
Falta de consciência sobre seu peso					

ANEXO 5 – Artigo adaptação transcultural da AFAT (a ser submetido no Periódico Cadernos de Saúde Pública)

Adaptação transcultural da Escala de Atitudes Anti-obesidade para o Português

Transcultural adaptation of the Anti-fat Attitudes Test Brazilian-Portuguese version

Adaptación transcultural de la Escala de Actitud Anti-obesos para la Lengua Portuguesa

RESUMO

Indivíduos obesos são muitas vezes considerados culpados por sua condição e alvos de discriminação e preconceito. O objetivo deste estudo é descrever a adaptação transcultural para o Português e validação do Antifat Attitudes Test – AFAT – desenvolvido especificamente para avaliação de atitudes negativas para com o indivíduo obeso. A metodologia envolveu a tradução da escala; avaliação da equivalência conceitual, operacional e de item; avaliação da equivalência semântica por meio do teste *t* pareado, do coeficiente de correlação de Pearson e coeficiente de correlação intraclass (CCI); avaliação da consistência interna (Alpha de Cronbach) e confiabilidade teste-reteste (CCI) e Análise Fatorial Confirmatória - após aplicação em 340 universitários da área da saúde. Os resultados apontaram boa consistência interna e confiabilidade (α 0,85; CCI 0,83), e a análise fatorial demonstrou que as subescalas originais podem ser mantidas na adaptação, sendo portanto, a AFAT adaptada para Português válida e útil em estudos para explorar atitudes negativas para com os indivíduos obesos. Palavras chave: Comparação Transcultural; Escalas; Estudos de Validação; Obesidade

ABSTRACT

Obese individuals are often blamed for their condition and are targets of discrimination and prejudice. The aim of this study is to describe the cross-

cultural adaptation to Portuguese and the validation of Antifat Attitudes Test - AFAT - specifically developed for evaluation of negative attitudes toward obese individual. The methodology involved the translation of scale; evaluation of conceptual, operational and item equivalence; evaluation of semantic equivalence using the paired *t* test, Pearson correlation coefficient and intraclass correlation coefficient (ICC); internal consistency evaluation (Cronbach's alpha) and test-retest reliability (ICC) and Confirmatory Factor Analysis - after application in 340 health university students. The results showed good internal consistency and reliability (α 0.85; 0.83 CCI), and factor analysis showed that the original subscales can be kept in the adaptation, and therefore the AFAT adapted to Portuguese version is valid and useful in studies to explore negative attitudes toward obese individuals. Key words: Cross-cultural Comparison; Scales; Validation Studies; Obesity

RESUMEN

Personas obesas son varias veces considerados culpadas por su condición y son objetivos de la discriminación y prejuicio. El objetivo de este estudio es describir la adaptación transcultural para la lengua Portuguesa y la validación del Antifat Attitudes Test – AFAT – desarrollado específicamente para evaluar las actitudes negativas hacia la persona obesa. La metodología consistió en la traducción de la escala; evaluación de la equivalencia conceptual, operacional y del ítem; evaluación de la equivalencia semántica por medio del test *t* pareado, del coeficiente de correlación de Pearson y del coeficiente de correlación intraclass (CCI); evaluación de la consistencia interna (Alpha de Cronbach) y fiabilidad test-retest (CCI) y Análisis Factorial Confirmatorio – después de la aplicación en 340 universitarios del área de la salud. Los resultados mostraron una buena consistencia interna y fiabilidad (α 0,85; CCI 0,83), y el análisis factorial demostró que se pueden mantener las sub-escalas originales en la adaptación, por lo tanto, el AFAT adaptada para Portugués es válida y útil en estudios para explorar las actitudes negativas hacia las personas obesas.

Palavras-clave: Comparación Transcultural, Escalas, Estudios de Validación, Obesidad

INTRODUÇÃO

A obesidade constitui um grave problema de saúde pública mundial e está relacionada a efeitos metabólicos adversos e a um maior risco de algumas doenças (WHO, 2010). Consequências psicológicas e sociais também estão relacionadas à obesidade, e há hoje uma tendência à globalização do seu estigma (BREWIS, 2014).

Apesar da relevância dos fatores ambientais na sua etiologia (BUDD et al., 2011; SWINBURN et al., 2011), os indivíduos obesos são considerados culpados por sua condição e alvos frequentes de discriminação e preconceito em cenários como trabalho, escola, mídia e serviços de saúde (PUHL e BROWNELL, 2001; PUHL e HEUER, 2009; PUHL e HEUER, 2010).

Mesmo aqueles envolvidos no tratamento da obesidade (médicos, nutricionistas, enfermeiros e psicólogos) demonstraram preconceito e atitudes negativas direcionados à obesidade e aos indivíduos obesos (HARVEY e HILL, 2001; TEACHMAN e BROWNELL, 2001; BROWN, 2006; BUDD et al., 2011; POON e TARRANT, 2009; SABIN et al., 2012) – e o mesmo foi verificado entre estudantes da área da saúde (POON e TARRANT, 2009; PANTENBURG et al., 2012; PHELAN et al., 2014; ROBINSON et al., 2014).

O estigma é definido como um atributo negativo constituído a partir da discrepância entre a identidade social virtual (características previamente atribuídas por um outrem ao entrar em contato com um indivíduo) e a identidade social real. Por meio de relações entre determinados atributos e estereótipos, o sujeito percebido como diferente sofre discriminação, mesmo que de maneira inconsciente, o que ocasiona a diminuição de suas chances na vida (GOFFMAN, 1963). Preconceito é uma atitude hostil ou aversiva direcionada àqueles que possuem qualidades consideradas censuráveis socialmente, posicionando de forma desvantajosa em função de

características que diferenciem a pessoa ou grupo em um determinado contexto social (MONTEIRO e VILLELA, 2013). O preconceito em relação à obesidade engloba atitudes, crenças e comportamentos contrários ao indivíduo percebido como obeso ou “gordo” (DANÍELSDÓTTIR et al., 2010). A discriminação é considerada a manifestação comportamental do preconceito. Nos Estados Unidos a discriminação relacionada ao peso, referida por uma amostra representativa de adultos, apresentou um aumento de 66% durante a última década (ANDREYEVA et al., 2008).

Atitude é um construto com três componentes: o afetivo se refere a sentimentos, humor e emoções; o cognitivo se refere a crenças e conhecimentos; e o componente volitivo, de vontade, se refere à intenção comportamental em relação ao objeto (EAGLY e CHAIKEN, 1993). Assim, o interesse em estudar as atitudes está na compreensão e na predição de comportamentos (FISHBEIN e AJZEN, 1975). No contexto da obesidade, sabe-se que o estigma e o preconceito não contribuem para o tratamento e redução dos índices de obesidade, e ao contrário podem trazer diversas implicações negativas para a saúde do indivíduo obeso (PUHL e HEUER, 2010).

O preconceito pode ser expresso de maneira explícita (exemplo, quando um indivíduo responde conscientemente a um questionário) ou implícita, por exemplo, quando revela aspectos que o indivíduo reluta ou é incapaz de reportar de forma consciente (SCHWARTZ et al., 2006; BREWIS e WUTICH, 2012). A maioria dos estudos que investigam a presença de preconceito e atitudes negativas utiliza métodos explícitos, por meio de escalas (BROWNELL et al., 2005).

Diversas escalas foram desenvolvidas com foco nesta temática, com objetivos e populações variadas. As primeiras escalas datam da década de 1990 e avaliam atitudes em relação aos indivíduos obesos e crenças em relação ao controle da obesidade por parte do mesmo (ALLISON et al., 1991). Há escalas específicas elaboradas para aplicação em profissionais de saúde com questões focadas em suas atitudes em relação à obesidade e no contexto de interação com pacientes obesos (WATSON et al., 2008, IP et al.,

2013). Outras não avaliam atitudes e sim estereótipos relacionados ao peso corporal ou ao obeso (BACON et al., 2001; PUHL et al., 2005). Apenas três trabalhos exploram esta temática entre profissionais de saúde no Brasil e sem uso de instrumentos padronizados (CORI et al., 2015; TEIXEIRA et al., 2012; GREJANIN et al., 2007). Nenhuma das escalas específicas sobre esta temática tem versão validada para o Português.

Dentre as escalas que avaliam as atitudes em relação à obesidade, o Anti-fat Attitudes Test – AFAT (LEWIS et al., 1997) foi desenvolvida e avaliada com estudantes americanos e possui questões que abordam três dimensões das atitudes em relação à obesidade e aos obesos: depreciação social e do caráter, não atratividade física e romântica (uma dimensão não explorada anteriormente em outros trabalhos) e controle do peso e culpa. Os autores destacam ainda que comparada à outras escalas que avaliam o construto a AFAT avalia estas atitudes negativas, sem confundi-las com desejo de aceitação social, e sem contaminação com crenças que possam refletir possíveis riscos à saúde ou vitimização social.

O instrumento tem interessantes possibilidades de aplicação, e uma vez que foi desenvolvido e validado para língua inglesa, é necessária sua adaptação para uso no cenário brasileiro.

O presente estudo tem, portanto, o objetivo de descrever o processo de adaptação transcultural da escala Anti-fat Attitude Test para a versão brasileira - denominada de Escala de Atitudes Anti-obesidade.

MÉTODOS

As etapas do processo de adaptação transcultural seguiram as recomendações vigentes (REICHENHEIM e MORAES 2007) e envolveram a análise das equivalências conceitual, de itens, semântica, operacional e de mensuração.

O questionário original Anti-fat Attitudes Test em sua primeira versão possuía 47 afirmativas; e em avaliação posterior com estudantes americanos, 34 questões atingiram os valores mínimos na análise fatorial de componentes principais e foram incluídas em três subescalas/dimensões:

depreciação social e do caráter, não atratividade física e romântica e controle do peso e culpa (LEWIS et al.1997).

Esta segunda versão da AFAT apresentou características psicométricas satisfatórias e consistência interna adequada. Desta forma, a escala se apresenta com 34 questões e dimensões (subescalas), com questões do tipo Likert com cinco opções de resposta (variando entre discordo totalmente e concordo totalmente), no qual maiores escores refletem atitudes mais negativas em relação à obesidade e aos indivíduos obesos.

Etapas da adaptação transcultural

A avaliação da equivalência conceitual e de itens consiste na exploração do construto de interesse, da relevância e pertinência dos domínios da escala no país de origem e no contexto sociocultural em que será utilizado. Esta etapa foi realizada através da discussão do instrumento com *experts* (15 nutricionistas com atuação clínica em obesidade e transtornos alimentares) que consideraram a escala adequada para adaptação no nosso contexto e relevante para o estudo da presença de preconceito em relação à obesidade. Desta forma, os autores da AFAT foram contatados para anuência quanto ao processo de adaptação transcultural.

A avaliação de equivalência semântica se relaciona à capacidade de transferir o significado de conceitos contidos no instrumento original para a versão adaptada. A tradução da escala foi realizada por dois bilíngues (com fluência em português e inglês) de forma independente e em seguida, as duas versões foram extensamente discutidas para alcançar uma versão única que apresentasse melhor equivalência conceitual e adequação para o público-alvo. A versão única foi apresentada a um grupo de 15 nutricionistas com experiência em obesidade, transtornos alimentares, atitudes alimentares - e alguns deles com experiência em adaptação transcultural de instrumentos - para verificar o grau de compreensão das questões (1= não entendi nada/ 2 = entendi só um pouco/ 3 = entendi mais ou menos/ 4 = entendi quase tudo, mas tive algumas dúvidas/ 5 = entendi perfeitamente e

não tenho dúvidas) e discussão da tradução de termos que geraram dúvidas após a tradução inicial. Um linguista profissional, graduado em letras, com especialização em língua inglesa também foi consultado para solucionar dúvidas em relação a termos levantados. As sugestões de modificações e correções realizadas pelos nutricionistas foram consideradas para a elaboração da versão traduzida final.

Para a avaliação da equivalência semântica e de mensuração, 13 adultos jovens bilíngues foram convidados a responder a versão traduzida e a versão original em inglês da escala de forma *on-line*. Eles foram divididos aleatoriamente em dois grupos: um deles respondeu primeiro a versão traduzida e após intervalo de no mínimo cinco dias, respondeu a versão em inglês; enquanto o outro grupo recebeu a primeira versão em inglês e a versão em português após os cinco dias. Para a comparação das respostas em português e em inglês, foram atribuídos escores às respostas oferecidas em ambos os questionários: 1= *definitely disagree* ou *discordo totalmente* / 2= *mostly disagree* ou *discordo da maior parte* / 3= *neither agree nor disagree* ou *nem concordo nem discordo* / 4= *mostly agree* ou *concordo com a maior parte* / 5= *definitely agree* ou *concordo totalmente* e consideraram-se incongruências importantes as respostas que apresentaram diferença maior do que dois pontos entre a assinalada em português e a em inglês. As afirmações que obtiveram baixa correlação na análise estatística foram novamente discutidas com os nutricionistas para novas alterações.

A análise da equivalência operacional se refere à avaliação da compreensão, tempo de preenchimento e apresentação do instrumento e consistiu na aplicação da versão final em português para 37 estudantes (17 de graduação em nutrição e 20 estudantes de pós-graduação em Saúde Pública).

Por fim, a análise de mensuração, compreende a investigação das propriedades psicométricas do instrumento adaptado; participaram desta etapa 340 estudantes de graduação em enfermagem e fisioterapia que responderam a versão em português da AFAT em sala de aula. Após sorteio, aqueles que ofereçam email receberam novo contato para responder

novamente a escala aproximadamente 30 dias depois para análise da confiabilidade teste-reteste.

Considerações Éticas

O estudo foi realizado de acordo com os princípios éticos envolvidos na pesquisa em seres humanos e aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (protocolo 991.542). Os participantes das etapas de equivalência operacional e mensuração assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

Análise estatística

A análise estatística foi realizada utilizando o software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 17.0. Para todas as análises foi adotado um nível de significância de $p \leq 0,05$. A equivalência semântica foi avaliada pelo teste Wilcoxon, equivalente ao teste t pareado para dados não paramétricos, pelo coeficiente de correlação de *Pearson* e pelo coeficiente de correlação intraclass (CCI).

A consistência interna foi avaliada por meio do Alpha de Cronbach, a confiabilidade teste-reteste pelo CCI. O escore total da AFAT foi calculado a partir da somatória das pontuações de cada afirmação dividida pelo número de afirmações da escala, ou seja, 34. Os escores das subescalas foram calculados da mesma forma, por meio da soma das pontuações obtidas em cada afirmação dividida pelo número de afirmações de cada subescala: 15 na subescala “Depreciação social e do caráter”, 10 na subescala “Não atratividade física e romântica” e nove na subescala “Controle do peso e culpa”.

A análise fatorial confirmatória foi realizada através do método de estimação mínimos quadrados ponderado robusto, por meio do programa R 3.2.1 com o pacote Lavaan.

RESULTADOS

As versões da AFAT estão apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1: Versão original, Versão 1 traduzida para o Português e Versão final traduzida para o Português da AFAT.

#	Versão original	Versão traduzida 1	Versão traduzida 2	Versão final
1	There's no excuse for being fat	Não há desculpa para ser gordo	Não há desculpa para ser gordo	Não há desculpa para ser gordo
2	If I were single, I would date a fat person	Se eu fosse solteiro (a), eu namoraria uma pessoa gorda	Se eu fosse solteiro (a), eu namoraria uma pessoa gorda	Se eu fosse solteiro (a), eu namoraria uma pessoa gorda
3	Most fat people buy too much junk food	A maioria dos gordos compra muita besteira ("junk food")	A maioria dos gordos compra muita besteira ("junk food")	A maioria dos gordos compra muita besteira ("junk food")
4	Fat people are physically unattractive	Pessoas gordas não são atraentes	Pessoas gordas não são atraentes	Pessoas gordas não são atraentes
5	Fat people shouldn't wear revealing clothing in public	Pessoas gordas não deveriam usar roupas que mostram demais o corpo	Pessoas gordas não deveriam usar roupas que mostram demais o corpo	Pessoas gordas não deveriam usar em público roupas que mostram demais o corpo
6	If fat people don't get hired, it's their own fault	Se pessoas gordas não conseguem emprego, é culpa delas mesmas	Se pessoas gordas não conseguem emprego, a culpa é delas mesmas	Se pessoas gordas não são contratadas para um emprego, a culpa é delas mesmas
7	Fat people don't care about anything except eating	Pessoas gordas não se importam com nada além de comer	Pessoas gordas não se importam com nada além de comer	Pessoas gordas não se importam com nada além de comer
8	I'd lose respect for a friend who started getting fat	Eu perderia respeito por um (a) amigo (a) que começasse a engordar	Eu perderia o respeito por um (a) amigo (a) que começasse a engordar	Eu perderia o respeito por um (a) amigo (a) que começasse a ficar gordo (a)
9	Most fat people are boring	A maioria das pessoas gordas é chata	A maioria das pessoas gordas é chata	A maioria das pessoas gordas é chata
10	I can't believe someone of average weight would marry a fat person	Eu não acredito que uma pessoa de peso normal se casaria com uma pessoa gorda	Eu não acredito que uma pessoa de peso normal se casaria com uma pessoa gorda	Eu não acredito que uma pessoa de peso normal se casaria com uma pessoa gorda
11	Society is too tolerant of fat people	A sociedade é muito tolerante com os gordos	A sociedade é muito tolerante com as pessoas gordas	A sociedade é muito tolerante com as pessoas gordas
12	When fat people exercise, they look ridiculous	Quando pessoas gordas fazem exercício, elas parecem ridículas	Quando pessoas gordas fazem exercício, elas parecem ridículas	Quando pessoas gordas fazem exercício, elas parecem ridículas
13	Most fat people are lazy	A maioria dos gordos é preguiçosa	A maioria das pessoas gordas é preguiçosa	A maioria das pessoas gordas é preguiçosa
14	Fat people are Just as competent in their work as anyone	As pessoas gordas são tão competentes no seu trabalho quanto qualquer um	As pessoas gordas são tão competentes no seu trabalho quanto qualquer um	As pessoas gordas são tão competentes no seu trabalho quanto qualquer um
15	If fat people really wanted to lose weight, they could	Se as pessoas gordas realmente quisessem emagrecer, elas conseguiriam	Se as pessoas gordas realmente quisessem emagrecer, elas conseguiriam	Se as pessoas gordas realmente quisessem emagrecer, elas conseguiriam
16	Being fat is sinful	Ser gordo é pecado	Ser gordo é pecado	Ser gordo é pecado
17	It's disgusting to see fat people eating	É nojento ver pessoas gordas comendo	É nojento ver pessoas gordas comendo	É nojento ver pessoas gordas comendo
18	Fat people have no willpower	Pessoas gordas não têm força de vontade	Pessoas gordas não têm força de vontade	Pessoas gordas não têm força de vontade
19	I prefer not to associate with fat people	Eu prefiro não me associar a pessoas gordas	Eu prefiro não me relacionar com pessoas gordas	Eu prefiro não me relacionar com pessoas gordas

20	Most fat people are moody and hard to get along with	A maioria das pessoas gordas é temperamental e difícil de lidar	A maioria das pessoas gordas é temperamental e difícil de lidar	A maioria das pessoas gordas é temperamental e difícil de lidar
21	If bad things happen to fat people, they deserve it	Se coisas ruins acontecem com pessoas gordas, elas merecem	Se coisas ruins acontecem com pessoas gordas, elas merecem	Se coisas ruins acontecem com pessoas gordas, elas merecem
22	Most fat people don't keep their surroundings neat and clear	A maioria das pessoas gordas não consegue manter as coisas limpas e organizadas	A maioria das pessoas gordas não consegue manter as coisas limpas e organizadas	A maioria das pessoas gordas não consegue manter as coisas limpas e organizadas
23	Society should respect the rights of fat people	A sociedade deveria respeitar os direitos dos gordos	A sociedade deveria respeitar os direitos das pessoas gordas	A sociedade deveria respeitar os direitos das pessoas gordas
24	It's hard not to stare at fat people because they are so unattractive	É difícil não encarar as pessoas gordas porque elas são pouco atraídas	É difícil não encarar as pessoas gordas porque elas são pouco atraentes	É difícil não encarar as pessoas gordas porque elas são pouco atraentes
25	The Idea that genetics causes people to be fat is Just an excuse	A ideia que a genética causa a obesidade é simplesmente uma desculpa	A ideia que genética causa obesidade é simplesmente uma desculpa	A ideia que genética causa obesidade é simplesmente uma desculpa
26	I would not want to continue in a romantic relationship if my partner became fat	Eu não continuaria num relacionamento romântico se meu (minha) parceiro (a) começasse a engordar	Eu não continuaria num relacionamento romântico se meu (minha) parceiro (a) começasse a engordar	Eu não continuaria num relacionamento amoroso se meu (minha) parceiro (a) se tornasse gordo (a)
27	I don't understand how someone could be sexually attracted to a fat person	Eu não entendo como alguém pode se sentir sexualmente atraído por uma pessoa gorda	Eu não entendo como alguém pode se sentir sexualmente atraído por uma pessoa gorda	Eu não entendo como alguém pode se sentir sexualmente atraído por uma pessoa gorda
28	If fat people knew how bad they looked, they would lose weight	Se as pessoas gordas soubessem quão ruim é sua aparência, elas iriam emagrecer	Se as pessoas gordas soubessem quão ruim é sua aparência, elas emagreceriam	Se as pessoas gordas soubessem quão ruim é sua aparência, elas emagreceriam
29	People who are fat have as much physical coordination as anyone	Pessoas gordas têm tanta coordenação motora quanto qualquer um	Pessoas gordas têm tanta coordenação motora quanto qualquer um	Pessoas gordas têm tanta coordenação motora quanto qualquer outra
30	Fat people are unclean	Pessoas gordas são sujas	Pessoas gordas são sujas	Pessoas gordas não são higiênicas
31	Fat people should be encouraged to accept themselves the way they are	Pessoas gordas deveriam ser encorajadas a se aceitarem como são	Pessoas gordas deveriam ser encorajadas a se aceitarem como são	Pessoas gordas deveriam ser encorajadas a se aceitarem como são
32	Most fat people will latch onto almost any excuse for being fat	A maioria das pessoas gordas se prende a qualquer desculpa para estar gorda	A maioria das pessoas gordas se prende a qualquer desculpa para estar gorda	A maioria das pessoas gordas se prende a qualquer desculpa para estar gorda
33	It's hard to take fat people seriously	É difícil levar uma pessoa gorda a sério	É difícil levar uma pessoa gorda a sério	É difícil levar uma pessoa gorda a sério
34	Fat people do not necessarily eat more than other people	Pessoas gordas não necessariamente comem mais que os outros	Pessoas gordas não necessariamente comem mais que os outros	Pessoas gordas não necessariamente comem mais que os outros

As respostas dos experts sobre compreensão obtiveram 100% de compreensão perfeita para 11 afirmações que, portanto, foram mantidas em

sua primeira versão adaptada. As demais obtiveram graus variados de compreensão e dúvida, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 – Frequência de respostas às questões da versão 1 do Antifat Attitude Test - AFAT apresentada aos experts (n=15)

Afirmação	Percentual de respostas				
	1	2	3	4	5
1	0	0	0	0	100,0
2	0	6,7	0	0	93,3
3	0	0	13,3	20,0	66,7
4	0	0	0	0	100,0
5	0	0	0	6,7	93,3
6	0	0	0	13,3	86,7
7	0	0	6,7	0	93,3
8	0	0	6,7	0	93,3
9	0	0	0	0	100,0
10	0	0	0	0	100,0
11	0	0	6,7	6,7	86,7
12	0	0	13,3	0	86,7
13	0	0	0	6,7	93,3
14	0	0	6,7	0	93,3
15	0	0	0	6,7	93,3
16	0	6,7	0	0	93,3
17	0	0	0	0	100,0
18	0	0	0	6,7	93,3
19	0	0	20,0	20,0	60,0
20	0	0	6,7	0	93,3
21	0	0	13,3	0	86,7
22	0	0	0	0	100,0
23	0	0	6,7	13,3	80,0
24	6,7	0	26,7	13,3	53,3
25	0	0	6,7	6,7	86,7
26	0	0	0	0	100,0
27	0	0	0	0	100,0
28	0	0	0	6,7	93,3
29	0	0	6,7	6,7	86,7
30	0	0	0	0	100,0
31	0	0	6,7	0	93,3
32	0	0	0	6,7	93,3
33	0	0	0	0	100,0
34	0	0	0	0	100,0

Uma professora de inglês foi consultada para discutir as dúvidas com relação as afirmativas que geraram compreensão insatisfatória e melhores traduções de alguns termos como a palavra “*sinful*” (em “*Being fat is sinful*”),

e a expressão “*can’t believe*” (em “*I can’t believe someone of average weight would marry a fat person*”).

Outras questões e expressões que suscitaram dúvidas nos comentários dos experts foram discutidas e revistas, gerando uma nova versão do questionário traduzido. As opções de resposta foram também discutidas com os experts adotando-se as opções: “*discordo totalmente*”, “*discordo da maior parte*”, “*nem concordo nem discordo*”, “*concordo com a maior parte*”, e “*concordo totalmente*”.

As respostas para as versões Inglês e Português dos bilíngues foram comparadas com a finalidade de verificar a ocorrência de incongruências nas duas línguas (Tabela 2).

Tabela 2 - Comparação das respostas dos bilíngues (n=13) às questões do Antifat Attitude Test (AFAT)

Afirmção	Inglês Média (dp)	Português Média (dp)	Correlação (r)	Valor-p	CCI*	X ^{2**}
1	2,23 (1,48)	2,38 (1,39)	0,799	0,001	0,891	-0,447(0,655)
2	3,23 (1,42)	3,15 (1,28)	0,395	0,181	0,510	-0,575(0,565)
3	3,15 (1,14)	3,15 (1,28)	0,576	0,040	0,708	-0,137(0,891)
4	2,38 (1,39)	2,54 (1,39)	0,629	0,021	0,730	0,000(1,000)
5	2,85 (1,52)	3,00 (1,53)	0,820	0,001	0,905	-0,743(0,458)
6	1,69 (1,03)	1,54 (1,20)	0,232	0,446	0,143	-0,317(0,751)
7	1,46 (0,66)	1,54 (0,66)	0,366	0,219	0,692	-0,447(0,655)
8	1,23 (0,60)	1,62 (1,33)	0,685	0,010	0,398	-1,069(0,285)
9	1,23 (0,83)	1,31 (0,86)	0,736	0,004	0,972	-1,000(0,317)
10	1,31 (0,48)	1,54 (0,97)	0,981	0,000	0,818	-1,342(0,180)
11	2,31 (1,25)	2,00 (1,08)	0,610	0,027	0,599	-0,743(0,458)
12	1,54 (0,66)	1,38 (0,65)	0,730	0,005	0,782	-1,000(0,317)

13	2,23 (1,30)	1,85 (1,14)	0,584	0,036	0,818	1,406(0,160)
14	4,15 (1,21)	4,46 (1,13)	0,645	0,017	0,539	-0,736(0,461)
15	3,08 (1,38)	2,69 (1,70)	0,758	0,003	0,826	-1,127(0,260)
16	1,15 (0,38)	1,15 (0,56)	0,677	0,011	0,772	0,000(1,000)
17	2,08 (1,12)	1,31 (0,63)	0,369	0,215	0,545	-2,232(0,026)
18	2,31 (1,32)	1,92 (1,19)	0,796	0,001	0,896	-1,633(0,102)
19	1,46 (0,88)	1,54 (1,20)	0,549	0,052	0,897	-0,447(0,655)
20	1,69 (0,75)	1,69 (1,18)	0,830	0,000	0,854	0,000(1,000)
21	1,00 (0,00)	1,00 (0,00)	1,000	-	-	0,000(1,000)
22	1,69 (0,86)	1,46 (0,78)	0,520	0,069	0,649	-1,000(0,317)
23	4,38 (0,87)	4,38 (1,04)	0,416	0,158	0,435	-0,137(0,891)
24	1,92 (1,19)	2,23 (1,17)	0,596	0,032	0,714	-,0962(0,336)
25	2,00 (1,08)	1,77 (1,17)	0,649	0,016	0,841	-1,000(0,317)
26	2,08 (1,04)	1,54 (0,66)	0,847	0,000	0,832	-2,333(0,020)
27	2,00 (1,16)	2,15 (1,52)	0,630	0,021	0,814	-0,513(0,608)
28	2,08 (1,26)	2,08 (1,26)	0,601	0,030	0,732	-0,087(0,931)
29	3,15 (1,14)	3,77 (1,24)	0,043	0,888	-0,199	-1,205(0,228)
30	1,54 (0,97)	1,23 (0,60)	0,321	0,285	0,722	-1,414(0,157)
31	3,69 (1,38)	3,31 (1,60)	0,290	0,337	0,425	-0,768(0,443)
32	3,15 (1,35)	3,15 (1,41)	0,672	0,012	0,818	-0,333(0,739)
33	1,62 (0,87)	1,31 (0,63)	0,707	0,007	0,792	-1,633(0,102)
34	3,62 (1,39)	3,85 (1,57)	0,735	0,004	0,936	-1,134(0,257)

*CCI: coeficiente de correlação intraclasse

**X²: Wilcoxon

O CCI em geral foi satisfatório com exceção das questões 6, 8, 23 e 31. Tais resultados indicam que há baixa variabilidade intra-

observador/bilíngue e maior variabilidade inter-observador/bilíngue, o que é esperado em um instrumento. Para as questões 2,6,7,17,29, 30 e 31 a correlação foi baixa ($<0,4$), para as demais foi satisfatória ($0,4-0,75$) ou excelente ($>0,75$). Para as questões 2,7,17,30 e 31 apesar da correlação ser baixa, o CCI é satisfatório ($> 0,4$) e não há diferença nas médias Português - Inglês. A questão 21 foi respondida absolutamente da mesma maneira por todos *experts* tanto em Português como Inglês, com variância zero, portanto, não há valor de p ou CCI.

O teste de Wilcoxon apontou diferença na média das respostas para as questões 17 e 26, que tiveram as respostas analisadas individualmente, com reenvio para os bilíngues (juntamente com outras de maior incongruência) com a seguinte pergunta: *“Você realmente entende de forma diferente a mesma questão em português e em inglês (favor explicar os motivos) ou acredita que pode ter havido algum engano durante o preenchimento?”*.

Doze dos treze bilíngues responderam essencialmente que “erraram o preenchimento” ou “que mudaram a forma de pensar quando responderam o questionário pela segunda vez”. Pode-se conjecturar, em função destas respostas que estes bilíngues não responderam o teste com a atenção necessária nas duas línguas, mas também que o AFAT contém afirmações que suscitam a reflexão do indivíduo sobre a questão, com a possibilidade de mudança de opinião quando se pensa novamente sobre a pergunta.

Os comentários dos bilíngues com relação à tradução e termos foram considerados e se realizou nova consulta dos *experts* sobre diferença na interpretação das afirmações em português e em inglês com nova versão do instrumento. Os *experts* concordaram com a tradução sugerida para a maior parte das questões, e algumas sugestões de alteração pertinentes foram realizadas gerando a Versão final (Quadro 1).

Com relação às opções de resposta à escala, os cinco pontos traduzidos literalmente do Inglês eram “discordo totalmente”, “discordo da maior parte”, “nem discordo nem concordo”, “concordo com a maior parte” e “concordo totalmente”. Mas após discussão com os *experts* e aplicação do

questionário na equivalência operacional, optou-se por alterar a palavra “discordo” por “não concordo”, uma vez que se trata de uma expressão de uso mais corriqueiro na língua Portuguesa. Assim, o formato adotado para aplicação da escala foi o de tabela com opções de resposta em escala Likert de 5 pontos: “Não concordo com nada”, “não concordo com a maior parte”, “nem discordo nem concordo”, “concordo com a maior parte” e “concordo totalmente”.

Ainda na equivalência operacional, (aplicação da Versão 2 para estudantes de Nutrição e Saúde Pública), uma minoria referiu alguma “dificuldade”: 5,9% referiram dificuldade no preenchimento do questionário, 5,9% não consideraram as opções de resposta claras e 2,9% consideraram as afirmações repetitivas. Nove estudantes (24,3%) questionaram a utilização da palavra “gordo”, sinalizando que a palavra traz uma conotação negativa para a pessoa obesa. O tempo de preenchimento da escala foi de cinco a dez minutos.

Os estudantes que participaram da análise de mensuração (n=340) tinham em média 25,83 anos (DP 7,64), 81,4% eram do sexo feminino (N= 276) e possuíam Índice de Massa Corpórea médio de 24,39kg/m² (DP 4,67). A pontuação na AFAT variou de 35 a 117, média 63,69 (DP 14,74). Considerando a pontuação recomendada pelos autores do original (total 34 questões /34) a média foi de 1,87 (DP 0,43). A consistência interna da AFAT foi de 0,85 (mulheres 0,82 e homens 0,86).

Do total de estudantes desta etapa, 76 responderam ao reteste (22,35%). A pontuação média no reteste foi de 1,73 (DP 0,49). O CCI entre as medidas foi de 0,83.

A análise fatorial confirmatória apresentou um Comparative Fit Index (CFI) de 0,931, Tucker-Lewis Index (TLI) de 0,926 e Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) de 0,068, o que indica boa qualidade de ajuste – ou seja, é possível manter as subescalas encontradas na escala original (Tabela 3). As cargas fatoriais relativas às afirmações que compõem as subescalas estão apresentadas na Figura 1. As informações referentes às

afirmações com sentido diferente das demais (invertidas para o cálculo do escore) apresentam sinal negativo.

Figura 1 – Subescalas e cargas fatoriais obtidas na análise fatorial confirmatória das afirmações da Antifat Attitudes Test.

Na amostra que participou da análise de mensuração (N=340), os escores e respectivas consistências internas estão apresentadas na Tabela 3.

Tabela 3 – Subescalas da Antifat Attitudes Test, pontuação média e consistência interna (α de Cronbach).

Subescala	Número de afirmações	Afirmações	Pontuação média (DP)	α de Cronbach
1) Depreciação social e do caráter	15	6, 7, 8, 9, 11, 12, 14, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 30, 33	1,40 (0,38)	0,72 (0,66 mulheres; 0,79 homens)
2) Não atratividade física e romântica	10	2, 4, 5, 10, 17, 24, 26, 27, 29, 31	2,01 (0,63)	0,62 (0,61mulheres; 0,63 homens)
3) Controle do peso e culpa	9	1, 3, 13, 15, 18, 25, 28, 32, 34	2,52 (0,67)	0,70 (0,69 mulheres; 0,70 homens)

DISCUSSÃO

O processo de adaptação transcultural da AFAT foi realizado segundo as recomendações (REICHENHEIM e MORAES 2007), encontrando boa equivalência em todas as etapas.

Após a discussão da Versão 1 em Português com os *experts* e os bilíngues, foram realizadas alterações em 8 das 34 questões. Estas ocorreram devido à tradução inicial de palavras em Inglês para outras em Português que não correspondiam à palavra ou expressão mais empregada na língua Portuguesa (como as expressões “me associar”, “pouco atrativas” e “relacionamento romântico”). Outras alterações foram realizadas com o objetivo de melhorar a compreensão da afirmação relacionando-a ao indivíduo obeso e não a alguém com sobrepeso, como aconteceu na troca da expressão “começasse a engordar” por “começasse a ficar gordo (a)” e “tornasse gordo (a)”. Tais alterações são esperadas no processo de adaptação transcultural e permitem que o instrumento alcance o melhor entendimento possível na língua em que será empregado.

O pré-teste com os estudantes de graduação e pós-graduação resultou em reduzida dificuldade no preenchimento, mas indicou a necessidade de alterar a escala de respostas para facilitar a compreensão das opções (ex: “discordo” por “não concordo”). Com relação à indicação de que as afirmações seriam repetitivas, entende-se que a AFAT possui muitas afirmações negativas relacionadas aos indivíduos percebidos como “gordos”

ou obesos, mas não há itens com sentidos idênticos, e questões semelhantes – às vezes com sentido de resposta invertido - são uma estratégia da criação de escalas para garantir respostas não aleatórias.

Com relação ao questionamento da utilização da palavra “gordo” e da expressão “pessoas gordas”, o objetivo da escala é avaliar as reações dos participantes em relação ao indivíduo percebido como gordo (inclusive dos estereótipos e pensamentos associados aos termos). Na versão em Inglês utiliza-se o termo *fat people* e não *obese person*; assim os termos foram mantidos

A análise de equivalência de mensuração realizada com os jovens bilíngues demonstrou a necessidade de revisar as questões com a presença de incongruências (baixa correlação intraclasse); no entanto, quando questionados em relação às afirmações apontadas, observou-se que as diferenças nas respostas ocorreram em decorrência de falta de atenção durante o preenchimento – relatada pelos participantes.

A consistência interna da AFAT adaptada é satisfatória; para a escala total e dois dos fatores ela foi boa; no entanto para subescala “Não atratividade física e romântica” a consistência foi menor, mas satisfatória. A mesma análise conduzida na escala original (LEWIS et al., 1997) encontrou α de Cronbach de 0,95 para a escala total para cada um dos sexos.

Comparando-se a consistência interna das subescalas com as da versão original (0,91 para homens e 0,87 para mulheres na subescala 1; 0,79 para homens e 0,84 para mulheres na subescala 2; e 0,77 para homens e 0,85 para mulheres na subescala 3) pode-se observar que os valores foram menores para a versão adaptada – mas todos bons ou satisfatórios – evidenciando-se ainda a tendência de valores maiores para os homens na subescala 1.

A análise fatorial confirmatória apresentou índices de qualidade de ajuste (CFI, TLI e RMSEA) adequados, o que demonstra que as subescalas da escala original podem ser mantidas na adaptação realizada neste estudo, não sendo necessária nova análise exploratória.

A confiabilidade teste-reteste da escala também foi satisfatória. No estudo de desenvolvimento da AFAT esta análise não foi realizada, mas os autores destacaram a necessidade de avaliar a estabilidade temporal da escala (Lewis et al., 1997) – que foi atestada pelos resultados desta validação.

São limitações deste estudo a maior presença de mulheres na amostra para avaliação da validade (análise de mensuração) e o fato de o estudo ser conduzido com uma população específica (estudantes de graduação da área da saúde), dificultando a generalização dos resultados e aplicação da escala em populações muito diferentes da que participou do processo de adaptação. De qualquer forma, como colocado na introdução, um dos públicos de interesse para estudo de atitudes negativas com relação aos obesos é justamente estudantes e profissionais da área da saúde.

Considerando os achados conclui-se que o processo de adaptação transcultural foi adequado e a escala AFAT apresentou propriedades psicométricas satisfatórias; sendo assim, pode ser considerada um instrumento útil para avaliação da presença de atitudes negativas em relação à obesidade e aos obesos. Uma vez que vários estudos apontam que estas atitudes são prevalentes, é importante avaliá-las com instrumentos adequados e válidos para o planejamento de intervenções educativas sobre o tema.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos profissionais e estudantes envolvidos no processo de adaptação transcultural.

REFERÊNCIAS

WHO – World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases. Report. 2010.

Brewis AA. Stigma and the perpetuation of obesity. Soc Sci Med. 2014 Oct;118:152-58.

Budd GM, Mariotti M, Graff D, Falkenstein K. Health care professionals' attitudes about obesity: an integrative review. *Appl Nurs Res*. 2011 Aug;24(3):127-37.

Swinburn BA, Sacks G, Hall KD, McPherson K, Finegood DT, Moodie MJ, Gortmaker SL. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *Lancet*. 2011 Aug;378(9793):804-14.

Puhl RM, Brownell KD. Bias, discrimination and obesity. *Obes Res*. 2001 Dec;9(12):788-805.

Puhl RM, Heuer CA. The stigma of obesity: a review and update. *Obesity*. 2009 May;17(5):941-64.

Puhl RM, Heuer CA. Obesity stigma: important considerations for Public Health. *Am J Public Health*. 2010 Jun;100(6):1019-28.

Harvey EL, Hill AJ. Health professionals' views of overweight people and smokers. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2001 Aug;25(8):1253-61.

Teachman BA, Brownell KD. Implicit anti-fat bias among health professionals: is anyone immune? *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2001 Oct;25(10):1525-31.

Brown I. Nurses' attitudes towards adult patients who are obese: literature review. *J Adv Nurs*. 2006 Jan;53(2): 221-32.

Poon M-Y, Tarrant M. Obesity: attitudes of undergraduate student nurses and registered nurses. *J Clin Nurs*. 2009 Aug;18(16):2355-65.

Sabin JA, Marini M, Nosek BA. Implicit and explicit anti-fat bias among a large sample of medical doctors by BMI, race/ethnicity and gender. *PLoS One*. 2012;7(11):1-7.

Pantenburg B, Sikorski C, Lupp M, Schomerus G, König HH, Werner P, Riedel-Heller SG. Medical students' attitudes towards overweight and obesity. *PLoS One*. 2012;7(11):1-8.

Phelan SM, Dovidio JF, Puhl RM, Burgess DJ, Nelson DB, Yeazel MW, Hardeman R, Perry S, van Ryn M. Implicit and explicit weight bias in a national sample of 4,732 medical students: the Medical Student CHANGES Study. *Obesity*. 2014 Apr;22(4):1201-8.

Robinson EL, Ball LE, Leveritt MD. Obesity bias among health and non-health students attending an Australian university and their perceived obesity education. *J Nutr Educ Behav*. 2014 Sep;46(5):390-5.

Goffman E. Stigma: notes on the management of spoiled identity. New York : Symon and Schuster Inc; 1963.

Monteiro S, Villela W. Estigma e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

Daníelsdóttir S, O'Brien KS, Ciaoc A. Anti-fat prejudice reduction: a review of published studies. *Obes Facts*. 2010 Feb;3(1):47–58.

Andreyeva T, Puhl RM, Brownell KD. Changes in perceived weight discrimination among Americans, 1995–1996 through 2004–2006. *Obesity*. 2008 May;16(5):1129-34.

Eagly AH, Chaiken S. The psychology of attitudes. Orlando: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers; 1993.

Fishbein M, Ajzen I. Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research. Massachusetts: Addison-Wesley; 1975.

Schwartz MB , Vartanian LR ,Nosek BA, Brownell KD. The influence of one's own body weight on implicit and explicit anti-fat bias. *Obesity*. 2006;Mar 14(3):440–47.

Brownell KD, Puhl RM, Schwartz MB, Rudd L. Weight bias: nature, consequences, and remedies. New York: The Guildford Press; 2005.

Allison DB, Basile VC, Yunker HE. The measurement of attitudes toward and beliefs about obese persons. *Int J Eat Disord*. 1991;10(5):599-607.

Watson L, Oberle K, Deutscher D. Development and psychometric testing of the Nurses' Attitudes Toward Obesity and Obese Patients (NATOOPS) Scale. *Res Nurs Health*, 2008 Dec;31(6):586–93.

Ip EH, Marshall S, Vitolins M, Crandall SJ, Davis S, Miller D, Kronner D, Vaden K, Spangler J. Measuring medical student attitudes and beliefs regarding patients who are obese. *Acad Med*. 2013 Feb;88(2):282–89.

Bacon JG, Scheltema KE, Robinson BE. Fat phobia scale revisited: the short form. *Int J Obes*. 2001 Feb;25(2):252-57.

Puhl RM, Schwartz MB, Brownell KD. Impact of perceived consensus on stereotypes about obese people: a new approach for reducing bias. *Health Psychol*. 2005 Sep;24(5):517–25.

Cori GC, Petty MLB, Alvarenga MS. Atitudes de nutricionistas em relação a indivíduos obesos – um estudo exploratório. *Cien Saúde Colet*, 2015 Feb;20(2):9-20.

Teixeira FV, Pais-Ribeiro JL, Maia ARP da C. Crenças e práticas dos profissionais de saúde face à obesidade: uma revisão sistemática. Rev Assoc Med Bras. 2012; 58(2):254-62.

Grejanin DKM, PezzoTH, Nastri V, Sanches VPP, Nascimento DDG do, Quevedo MP. As percepções sobre o “ser obeso” sob a ótica do paciente e dos profissionais da saúde. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. 2007;17(3):37-47.

Lewis RJ, Cash TF, Jacobi L, Bubb-Lewis C. Prejudice toward fat people: The development and validation of the Antifat Attitudes Test. Obes Res. 1997 Jul;5: 297-307.

Reichenheim ME, Moraes CL. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. Rev Saude Publica. 2007;41(4): 665-73.

ANEXO 6 – Escala de Silhuetas Brasileiras

As figuras abaixo apresentam uma série de silhuetas e estão numeradas de 1 a 15, observe-as atentamente e responda as questões:

Versão para mulheres:

a) Qual figura melhor representa seu corpo atual? Figura _____

b) Qual figura melhor representa o corpo que você gostaria de ter? Figura _____

(Você pode usar valores intermediários se desejar; por exemplo 4,5 ou 9,2)

Versão para homens:

1 2 3 4 5 6 7 8

9 10 11 12 13 14 15

a) Qual figura melhor representa seu corpo atual: Figura _____

b) Qual figura melhor representa o corpo que você gostaria de ter? Figura

(Você pode usar valores intermediários se desejar; por exemplo 4,5 ou 9,2)

Quadro de correspondências de IMC para as figuras de adultos
(KAKESHITA et al., 2009).

Figura	IMC Médio (kg/m ²)	Intervalo de IMC (kg/m ²)	
		Mínimo	Máximo
1	12,5	11,25	13,74
2	15,0	13,75	16,24
3	17,5	16,25	18,74
4	20,0	18,75	21,24
5	22,5	21,25	23,74
6	25,0	23,75	26,24
7	27,5	26,25	28,74
8	30,0	28,75	31,24
9	32,5	31,25	33,74
10	35,0	33,75	36,24
11	37,5	36,25	38,74
12	40,0	38,75	41,24
13	42,5	41,25	43,74
14	45,0	43,75	46,24
15	47,5	46,25	48,75

ANEXO 7 – Escala de Atitudes Anti-obesidade

(versão final em Português)

As frases seguintes contêm uma série de afirmações, solicitamos que você indique o quanto concorda ou discorda de acordo com as opções abaixo.

Afirmação	Não concordo em nada	Não concordo com a maior parte	Nem discordo nem concordo	Concordo com a maior parte	Concordo totalmente
1. Não existe desculpa para ser gordo					
2. Se eu fosse solteiro (a), eu namoraria uma pessoa gorda					
3. A maioria dos gordos compra muita besteira (“junk food”)					
4. Pessoas gordas não são atraentes					
5. Pessoas gordas não deveriam usar em público roupas que mostram demais o corpo					
6. Se pessoas gordas não são contratadas para um emprego, a culpa é delas mesmas					
7. Pessoas gordas não se importam com nada além de comer					
8. Eu perderia o respeito por um(a) amigo(a) que começasse a ficar gordo(a)					
9. A maioria das pessoas gordas é chata					
10. Eu não acredito que uma pessoa de peso normal se casaria com uma pessoa gorda					
11. A sociedade é muito tolerante com as pessoas gordas					
12. Quando pessoas gordas fazem exercício, elas parecem ridículas					
13. A maioria das pessoas gordas é preguiçosa					
14. As pessoas gordas são tão competentes no seu trabalho quanto qualquer um					
15. Se as pessoas gordas realmente quisessem emagrecer, elas conseguiriam					
16. Ser gordo é pecado					
17. É nojento ver pessoas gordas comendo					
18. Pessoas gordas não têm força de vontade					
19. Eu prefiro não me relacionar com pessoas gordas					

20. A maioria das pessoas gordas é temperamental e difícil de lidar					
21. Se coisas ruins acontecem com pessoas gordas, elas merecem					
22. A maioria das pessoas gordas não consegue manter as coisas limpas e organizadas					
23. A sociedade deveria respeitar os direitos das pessoas gordas					
24. É difícil não encarar as pessoas gordas porque elas são pouco atraentes					
25. A ideia de que a genética causa obesidade é simplesmente uma desculpa					
26. Eu não continuaria num relacionamento amoroso se meu(minha) parceiro(a) se tornasse gordo(a)					
27. Eu não entendo como alguém pode se sentir sexualmente atraído por uma pessoa gorda					
28. Se as pessoas gordas soubessem quão ruim é sua aparência, elas emagreceriam					
29. Pessoas gordas têm tanta coordenação motora quanto qualquer outra					
30. Pessoas gordas não são higiênicas					
31. Pessoas gordas deveriam ser encorajadas a se aceitarem como são					
32. A maioria das pessoas gordas se prende a qualquer desculpa para estar gorda					
33. É difícil levar uma pessoa gorda a sério					
34. Pessoas gordas não necessariamente comem mais que os outros					

ANEXO 8 – Instrumento para avaliar a influência da obesidade na conduta indicada

São apresentados abaixo os dados de um paciente hipotético encaminhado a você, devido ao diagnóstico recente de intolerância à lactose. Suponha que você recebeu este paciente em seu consultório e é responsável pelo seu atendimento nutricional, e responda as questões a seguir.

Não há respostas certas ou erradas, o objetivo é conhecer a sua conduta em relação a este paciente.

DADOS DO PACIENTE 1 (Sexo feminino/IMC 23, 0kg/m²)

Dados demográficos:

Idade	30 anos
Sexo	Feminino

Dados antropométricos:

Peso	58,8kg
Estatura (m)	1,60m
IMC (kg/m ²)	23,0kg/m ²

Exames bioquímicos e pressão arterial:

Colesterol total	148mg/dL
Lipoproteína de alta densidade – HDL colesterol	51mg/dL
Lipoproteína de baixa densidade– LDL colesterol	82mg/dL
Glicemia de jejum	90mg/dL
Pressão arterial	120/80mm Hg

Dieta:

Consumo energético diário	1800 kcal
Percentual da energia consumida em gorduras	25%
Consumo diário de frutas	3 porções/dia
Consumo diário de verduras e legumes	3porções/dia
Consumo de fibras	28g/dia

Hábitos de vida:

Sono	8 horas/noite
Prática de atividade física	30 minutos de atividade moderada 5 dias por semana

DADOS DO PACIENTE 2 (Sexo feminino/IMC 31, 0kg/m²)

Dados demográficos:

Idade	30 anos
Sexo	Feminino

Dados antropométricos:

Peso	79,4kg
Estatura (m)	1,60m
IMC (kg/m ²)	31,0kg/m ²

Exames bioquímicos e pressão arterial:

Colesterol total	148mg/dL
Lipoproteína de alta densidade – HDL colesterol	51mg/dL
Lipoproteína de baixa densidade– LDL colesterol	82mg/dL
Glicemia de jejum	90mg/dL
Pressão arterial	120/80mm Hg

Dieta:

Consumo energético diário	1800 kcal
Percentual da energia consumida em gorduras	25%
Consumo diário de frutas	3 porções/dia
Consumo diário de verduras e legumes	3porções/dia
Consumo de fibras	28g/dia

Hábitos de vida:

Sono	8 horas/noite
Prática de atividade física	30 minutos de atividade moderada 5 dias por semana

DADOS DO PACIENTE 3 (Sexo masculino/IMC 23, 0kg/m²)**Dados demográficos:**

Idade	30 anos
Sexo	Masculino

Dados antropométricos:

Peso	66,5kg
Estatura (m)	1,70m
IMC (kg/m ²)	23,0kg/m ²

Exames bioquímicos e pressão arterial:

Colesterol total	148mg/dL
Lipoproteína de alta densidade – HDL colesterol	51mg/dL
Lipoproteína de baixa densidade– LDL colesterol	82mg/dL
Glicemia de jejum	90mg/Dl
Pressão arterial	120/80mm Hg

Dieta:

Consumo energético diário	2400 kcal
Percentual da energia consumida em gorduras	25%
Consumo diário de frutas	3 porções/dia
Consumo diário de verduras e legumes	3porções/dia
Consumo de fibras	28g/dia

Hábitos de vida:

Sono	8 horas/noite
Prática de atividade física	30 minutos de atividade moderada 5 dias por semana

DADOS DO PACIENTE 4 (Sexo masculino/IMC 31, 0kg/m²)

Dados demográficos:

Idade	30 anos
Sexo	Masculino

Dados antropométricos:

Peso	89,6kg
Estatura (m)	1,70m
IMC (kg/m ²)	31,0kg/m ²

Exames bioquímicos e pressão arterial:

Colesterol total	148mg/dL
Lipoproteína de alta densidade – HDL colesterol	51mg/dL
Lipoproteína de baixa densidade– LDL colesterol	82mg/dL
Glicemia de jejum	90mg/dL
Pressão arterial	120/80mm Hg

Dieta:

Consumo energético diário	2400 kcal
Percentual da energia consumida em gorduras	25%
Consumo diário de frutas	3 porções/dia
Consumo diário de verduras e legumes	3porções/dia
Consumo de fibras	28g/dia

Hábitos de vida:

Sono	8 horas/noite
Prática de atividade física	30 minutos de atividade moderada 5 dias por semana

1) Avalie os aspectos abaixo relacionados a este paciente. Dê uma nota de 1 a 5, considerando 1=péssimo/ 2=ruim/ 3=regular/ 4=bom/ 5=excelente:

- a) _____ Qualidade da dieta
- b) _____ Estado de saúde geral
- c) _____ Quantidade de energia ingerida

2) Quanto tempo você utilizaria para realizar o atendimento inicial deste paciente?
_____ minutos

3) Assinale os procedimentos e condutas a seguir que você planejava realizar com este paciente durante a consulta inicial:

- ☐ Coleta de informações sobre a alimentação atual do paciente
- ☐ Explorar o histórico alimentar do paciente
- ☐ Explorar o histórico de peso do paciente
- ☐ Explorar o histórico familiar do paciente
- ☐ Avaliar o quão preparado o paciente está para fazer mudanças na alimentação
- ☐ Verificar quais são as expectativas do paciente em relação à consulta e ao tratamento
- ☐ Conversar sobre a família do paciente e verificar quais estruturas de apoio o mesmo possui
- ☐ Solicitação de outros exames bioquímicos
- ☐ Aplicação de recordatório alimentar de 24 horas
- ☐ Discussão sobre a necessidade de perder peso
- ☐ Aplicação de questionário de frequência alimentar
- ☐ Orientação nutricional utilizando guia alimentar
- ☐ Discussão sobre grupos alimentares e suas porções

4) Assinale as estratégias de tratamento a seguir que você planejará utilizar com este paciente:

- ☐ Manutenção de um diário do peso do paciente
- ☐ Manutenção de um diário alimentar
- ☐ Manutenção de um diário alimentar com informações sobre a percepção de fome
- ☐ Orientação sobre compras e preparo de alimentos
- ☐ Orientação para a redução do consumo calórico e para o consumo de alimentos menos calóricos
- ☐ Orientações em relação à incorporação de outras formas de atividade física na rotina do paciente
- ☐ Elaboração de plano alimentar
- ☐ Elaboração de planejamento para acompanhamento de curto prazo
- ☐ Elaboração de planejamento para acompanhamento de longo prazo
- ☐ Orientação para evitar alimentos específicos fontes de lactose
- ☐ Orientação para evitar o consumo de “besteiras”
- ☐ Seguimento através de atendimento em grupo
- ☐ Seguimento em atendimento individual e atendimento em grupo
- ☐ Seguimento através de atendimento individual

5) As questões abaixo referem-se as suas reações e percepções em relação a este paciente. Responda considerando: 1=nem um pouco/ 2=muito pouco/ 3=um pouco/ 4=muito/ 5=extremamente

- _____ Quanto você acredita no consumo alimentar relatado por este paciente?
- _____ Quão saudável você julga ser este paciente?
- _____ Quão bem este paciente cuida de si?
- _____ Quão disciplinado você considera que este paciente é?
- _____ Quão restrito(a)/rígido(a) você considera que precisaria ser com este paciente?
- _____ Quão sério você acha ser este problema nutricional/de saúde?

Quanto você acha que atender este paciente poderia ser uma perda de tempo?

_____ Quanto você acha que atender este paciente resultaria em satisfação por seu trabalho?

_____ Qual o nível de paciência você acredita que precisaria ter com este paciente?

_____ Quão incômodo/chato/irritante você acha que este paciente seria?

_____ Qual é o tamanho do seu desejo pessoal em ajudar este paciente?

_____ Quão possível você acredita ser que este paciente siga as suas orientações nutricionais?

_____ Você acredita que este paciente se beneficiaria de um acompanhamento psicológico?

_____ Quão otimista você é em relação a resposta deste paciente ao tratamento?

ANEXO 9 – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

Emenda 1 – Inclusão dos objetivos da pesquisa “Atitudes e crenças de estudantes universitários de nutrição em relação aos indivíduos obesos e à obesidade” no NutriHS.

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div> <p>FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO</p> </div> <div> </div> </div>										
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP										
<p>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</p> <p>Título da Pesquisa: ESTUDO DE SAÚDE DE NUTRICIONISTAS - FASE 1 (ESNUTRI 1) DA FSP-USP</p> <p>Pesquisador: Isis Tande da Silva</p> <p>Área Temática:</p> <p>Versão: 3</p> <p>CAAE: 12455313.8.0000.5421</p> <p>Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP</p> <p>Patrocinador Principal: Financiamento Próprio</p> <p>DADOS DO PARECER</p> <p>Número do Parecer: 540.976</p> <p>Data da Relatoria: 21/02/2014</p> <p>Apresentação do Projeto: Adendo ao projeto original já aprovado em 2013</p> <p>Objetivo da Pesquisa: Atender o 4 objetivo do projeto original que busca conhecer as percepções de estética e dimensões corporais bem como conceitos e pré-conceitos das alunas de nutrição acerca do "ser obeso"</p> <p>Avaliação dos Riscos e Benefícios: Não altera risco do projeto, no original aprovado classificado como mínimo.</p> <p>Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: sem alterações metodológicas que resultem em modificação do projeto original, correspondentes na verdade a um objetivo de pesquisa já proposto no projeto original.</p> <p>Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: ndn</p> <p>Recomendações: ndn</p> <p>Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: sem pend~encias</p>										
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715</td> <td style="border: none;">CEP: 01.246-904</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Bairro: Cerqueira Cesar</td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">UF: SP</td> <td style="border: none;">Município: SAO PAULO</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Telefone: (11)3061-7779</td> <td style="border: none;">Fax: (11)3061-7779</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border: none;">E-mail: coep@fsp.usp.br</td> </tr> </table>	Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715	CEP: 01.246-904	Bairro: Cerqueira Cesar		UF: SP	Município: SAO PAULO	Telefone: (11)3061-7779	Fax: (11)3061-7779	E-mail: coep@fsp.usp.br	
Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715	CEP: 01.246-904									
Bairro: Cerqueira Cesar										
UF: SP	Município: SAO PAULO									
Telefone: (11)3061-7779	Fax: (11)3061-7779									
E-mail: coep@fsp.usp.br										

FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO

Continuação do Parecer: 540.976

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO PAULO, 25 de Fevereiro de 2014

Assinador por:
Claudio Leone
(Coordenador)

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 01.246-904
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 **Fax:** (11)3061-7779 **E-mail:** coep@fsp.usp.br

Emenda 2 – Inclusão de estudantes de graduação da área da saúde para o processo de adaptação transcultural da AFAT

FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTUDO DE SAÚDE DE NUTRICIONISTAS - FASE 1 (ESNUTRI 1) DA FSP-USP

Pesquisador: Isis Tande da Silva

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 12455313.8.0000.5421

Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 991.542

Data da Relatoria: 06/03/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de adendo ao projeto supra que já foi aprovado pelo COEP e se encontra em andamento.

Objetivo da Pesquisa:

Para continuar o projeto é necessária adaptação transcultural de uma escala para utilização em pesquisas no Brasil, a versão original é inglesa, buscando avaliar as atitudes de estudante de ensino superior frente à obesidade. Este objetivo motivou o encaminhamento do presente adendo ao projeto inicial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco mínimo

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

nada a comentar

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta TCLE para a validação da escala, corretamente redigido.

Recomendações:

ndn

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

ndn

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO

Continuação do Parecer: 991.542

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO PAULO, 19 de Março de 2015

Assinado por:
Claudio Leone
(Coordenador)

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 01.246-904
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 **Fax:** (11)3061-7779 **E-mail:** coep@fsp.usp.br

ANEXO 10 – Currículo Lattes Angélica Almeida Obara

Link Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4484564535744250>

Angélica Almeida Obara
<p> Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/4484564535744250 Última atualização do currículo em 09/11/2014 </p>	
<p>Possui graduação em Nutrição pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (2008), Especialização em Obesidade, emagrecimento e saúde: uma abordagem multidisciplinar pela Universidade Federal de São Paulo (2012) e Especialização em Gestão em Saúde na Fiocruz. Atualmente é nutricionista do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na empresa SPDM e participa do Grupo de Estudos em Obesidade realizado com as equipes NASF da região de Pirituba-Perus (SP). Cursa o Mestrado em Nutrição em Saúde Pública na Faculdade de Saúde Pública da USP. <i>(Texto informado pelo autor)</i></p>	
Identificação	
<p>Nome Angélica Almeida Obara </p>	
<p>Nome em citações bibliográficas OBARA, A. A.</p>	
Endereço	
<p> Endereço Profissional Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - Hospital São Paulo, Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - Hospital São Paulo. Rua Coronel Lisboa, 837 Vila Clementino 04020-041 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 59046300 </p>	
Formação acadêmica/titulação	
<p> 2013 Mestrado em andamento em Nutrição em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Orientador: Marle dos Santos Alvarenga. </p>	
<p> 2012 - 2014 Especialização em Gestão em Saúde. (Carga Horária: 380h). Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, Brasil. Título: Organização da atenção integral ao obeso em Unidades de Saúde da Família da cidade de São Paulo. Orientador: Filon Suarte Nogueira. </p>	
<p> 2011 - 2012 Especialização em Obesidade, emagrecimento e saúde. (Carga Horária: 360h). Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, Brasil. Título: Impacto de intervenção interdisciplinar na atenção primária sobre o perfil metabólico de adultos obesos. Orientador: Danielle Arisa Caranti. </p>	
<p> 2004 - 2008 Graduação. Universidade de São Paulo. </p>	
Formação Complementar	
<p> 2014 - 2014 Estatística Uni e Multivariada para Pesquisa. (Carga horária: 15h). Faculdade de Medicina da USP. </p>	
<p> 2012 - 2012 SUPERA. Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, Brasil. </p>	
<p> 2010 - 2011 Alimento-se Bem. SESI. </p>	
<p> 2009 - 2009 Aperfeiçoamento em Obesidade Infanto-juvenil. Instituto Movere de Ações Comunitárias. </p>	

Atuação Profissional

Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - Hospital São Paulo, SPDM/HSP, Brasil.

Vínculo institucional

2010 - Atual Vínculo: Empregado, Enquadramento Funcional: Nutricionista, Carga horária: 40

Outras informações Nutricionista do Núcleo de Apoio à Saúde da Família NASF Elísio Teixeira Leite da Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM). Atividades: matriciamento das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), discussão de casos e definição de projetos terapêuticos singulares através de equipe interdisciplinar, atendimentos individuais e coletivos específicos e compartilhados com outros profissionais das equipes NASF/ESF, visitas domiciliares, planejamento de ações no território e participação em espaços de discussão coletiva e articulação da rede de saúde.

Centro de Recuperação e Educação Nutricional, CREN, Brasil.

Vínculo institucional

2009 - 2010 Vínculo: Colaborador, Enquadramento Funcional: Nutricionista coordenadora, Carga horária: 40

Outras informações Atuação através do atendimento interdisciplinar individual e em grupo de crianças e adolescentes com desnutrição e excesso de peso residentes em comunidades carentes da zona Sul de São Paulo, realização de oficinas de educação nutricional, matriciamento de casos junto às equipes da Estratégia de Saúde da Família, coordenação e direcionamento financeiro do projeto, capacitação e assessoria a outras instituições.

Áreas de atuação

1. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública.

Idiomas

Inglês Compreende Bem, Fala Razoavelmente, Lê Bem, Escreve Bem.

Espanhol Compreende Bem, Lê Bem.

Produções

Produção bibliográfica

Resumos publicados em anais de congressos

1. **OBARA, A. A.** ; Caranti DA . Intervenção interdisciplinar em grupo para o tratamento da obesidade na Atenção Primária. In: XII Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, 2013, Belém. Anais do 12º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, 2013. v. 12. p. 709-709.
2. **OBARA, A. A.** ; VICENTE JUNIOR, C. . Além dos nutrientes: experiências de trabalho com abordagens psicossociais em alimentação e nutrição. In: VI Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, 2013, Rio de Janeiro. Anais do VI Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, 2013.
3. VICENTE JUNIOR, C. ; **OBARA, A. A.** . Quanto pesa o meu peso? Experiência de trabalho com crianças com obesidade. In: VI Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, 2013, Rio de Janeiro. Anais do VI Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, 2013.

Apresentações de Trabalho

1. **OBARA, A. A.** . Atenção Básica em Saúde. 2014. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).
2. **OBARA, A. A.** . Atuação do Nutricionista no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. 2014. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).
3. LOBO, F. S. ; **OBARA, A. A.** ; MELIUMAS, B. S. . Lugar de Saúde é brincando na rua. 2014. (Apresentação de Trabalho/Comunicação).
4. LOBO, F. S. ; MELIUMAS, B. S. ; **OBARA, A. A.** . O teatro como ferramenta terapêutica nas dificuldades de fala. 2014. (Apresentação de Trabalho/Comunicação).
5. **OBARA, A. A.** ; TAMARINDO, E. M. . Viver bem, sem dieta: uma proposta de intervenção em obesidade na Atenção Básica. 2014. (Apresentação de Trabalho/Comunicação).

Eventos

Participação em eventos, congressos, exposições e feiras

1. IV Mostra Nacional de Experiências em Atenção Básica/ Saúde da Família.Viver bem, sem dieta: uma proposta de intervenção em obesidade na Atenção Básica. 2014. (Outra).
2. XII Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade. Intervenção interdisciplinar em grupo para o tratamento da obesidade na atenção primária. 2013. (Congresso).
3. VI Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde. Além dos nutrientes: experiências de trabalho com abordagens psicossociais em alimentação e nutrição. 2013. (Congresso).
4. III Seminário de Alimentação e Nutrição Paulistana.Intervenção Interdisciplinar em grupo para o tratamento da obesidade na atenção primária: um relato de experiência. 2012. (Seminário).
5. Seminário NASF e Clínica Ampliada: Os desafios da Prática. 2012. (Seminário).
6. 20 anos do Programa de Pós-graduação em Nutrição da UNIFESP. 2011. (Outra).
7. I Mostra de Experiências Exitosas da Saúde da Família do Município de São Paulo. 2010. (Encontro).
8. Transformando as Práticas em Saúde - Jornada Núcleo de Apoio à Saúde da Família. 2010. (Outra).
9. Mesa de Nutricionistas - Semana de recepção aos calouros da Faculdade de Saúde Pública.Atuação do nutricionista na Saúde Coletiva. 2010. (Outra).
10. Simpósio de Síndrome Metabólica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 2007. (Simpósio).