

CRENÇAS E ATITUDES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE FACE À OBESIDADE

Leonardo de Brito Figueiredo Andrade (IC) e Ana Carolina Almada Colucci Paternez (Orientador)

Apoio: PIBIC Mackpesquisa

RESUMO

A obesidade constitui um grave problema de saúde pública mundial e está relacionada a efeitos metabólicos adversos e maior risco de algumas doenças. Consequências psicológicas e sociais também estão relacionadas à obesidade, e apesar da relevância dos fatores ambientais na sua etiologia, os indivíduos obesos são considerados culpados por sua condição e alvos frequentes de discriminação e preconceito. O presente estudo se propôs a investigar e avaliar as atitudes antiobesidade entre profissionais da saúde. A amostra foi composta por 100 profissionais da área da saúde, de ambos os sexos e com idade maior ou igual a 18 anos, sendo 40 nutricionistas, 29 médicos e 31 profissionais de saúde e de outras áreas. Dentre os profissionais entrevistados, 41 são especialistas atuantes em Cirurgia bariátrica. Foi aplicado um questionário composto por questões sociodemográficas, condições de saúde e de estilo de vida dos profissionais e, para avaliação das crenças e atitudes relacionadas à obesidade foi utilizada Escala de Atitudes Antiobesidade. O presente estudo apontou que as atitudes antiobesidade entre nutricionistas e outros profissionais foram semelhantes para a maior parte das variáveis investigadas e não foram identificadas diferenças significativas de gordofobia entre os participantes de diferentes profissões para o escore total e as subescalas do instrumento aplicado.

Palavras-chave: Obesidade. Profissionais da saúde. Cirurgia bariátrica.

ABSTRACT

Obesity is a serious public health problem worldwide and is related to adverse metabolic effects and increased risk of some diseases. Psychological and social consequences are also related to obesity, and despite the relevance of environmental factors in its etiology, obese individuals are considered guilty of their condition and are frequent targets of discrimination and prejudice. The present study aimed to investigate and evaluate anti-obesity attitudes among health professionals. The sample consisted of 100 health professionals, of both sexes and aged 18 years or older, 40 nutritionists, 29 physicians and 31 health professionals and other professionals. Among the professionals interviewed, 41 are experts in bariatric surgery. A questionnaire composed of sociodemographic questions, health conditions and lifestyle of professionals was applied and, to assess beliefs and attitudes related to obesity, the Anti-Obesity Attitude Scale was used. The present study pointed out that anti-obesity attitudes among nutritionists and other professionals were similar for most of the investigated variables and no significant differences in fat phobia were identified between participants from different professions for the total score and subscales of the applied instrument.

Keywords: Obesity. Health professionals. Bariatric surgery.

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, no Brasil e no mundo, observa-se prevalência crescente de obesidade na população. Sendo a doença multifatorial, observa-se grande necessidade de medidas eficazes de saúde no sentido de reduzir o problema e melhorar a qualidade de vida da população. Tais medidas, entre outros aspectos, tem apresentado ênfase no papel dos profissionais de saúde, os quais podem desempenhar a assistência no sentido de promoção, prevenção e tratamento eficaz da obesidade. No entanto, alguns estudos indicam que os indivíduos com sobrepeso ou obeso são vulneráveis a múltiplas formas de preconceito, inclusive durante atendimento por profissionais de saúde. Neste cenário, o presente estudo se propôs a investigar as crenças e atitudes de profissionais de saúde em relação a indivíduos obesos, através da Escala de Atitudes Antiobesidade (AFAT).

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Obesidade é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma condição de acúmulo anormal ou excessivo de gordura no tecido adiposo, podendo prejudicar a saúde. No Brasil, a prevalência de excesso de peso é de 55,7%, sendo que ela é maior entre os homens do que entre as mulheres. Esta prevalência também é maior entre homens acima de 44 anos e entre mulheres acima de 64 anos, sendo que em mulheres há uma diminuição significativa com o aumento da escolaridade (VIGITEL, 2018).

A obesidade pode ser identificada através do Índice de Massa Corporal (IMC). O IMC é um indicador de avaliação nutricional que utiliza o peso (kg) e a altura (m) para aferição do estado nutricional. Segundo a OMS indivíduos que apresentam IMC entre 25 e 29,9 kg/m² são classificados com sobrepeso; IMC entre 30 e 34,9 kg/m² são classificados com obesidade grau 1; IMC entre 35 e 39,9 kg/m² são classificados com obesidade grau 2; IMC acima de 40 kg/m² são considerados com obesidade grau 3 (WHO, 1997).

A obesidade é uma doença multicausal, ou seja, além do estilo de vida existem outras causas. São elas: influência do ambiente, fatores genéticos (como doenças monogênicas associadas à obesidade), efeito do estresse no apetite, iatrogenia farmacêutica (tratamento de outras doenças por medicamentos que contribuem para o ganho de peso), redução de sono e produção de melatonina, disruptores endócrinos, ambiente termoneutro, diminuição do tabagismo, aumento da idade das grávidas (“o risco de obesidade na criança aumenta em cerca de 15% para cada incremento de 5 anos na idade materna”), obesidade de origem infecciosa e poluição (ABESO, 2016).

Por ser considerada importante fator de risco para diversas doenças crônicas, em indivíduos obesos é necessário que sejam feitas outras avaliações além do IMC. São elas, circunferência de cintura, lipidograma (triglicérides, HDL-c e LDL-c), pressão arterial, glicemia, avaliação do risco cardiovascular e avaliação das condições endócrinas. O acolhimento a esses pacientes deve ser feito por uma equipe multiprofissional, a fim de oferecer tratamento adequado de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2014).

Para o tratamento da obesidade, podem ser adotados o tratamento farmacológico, dietético e a terapia cognitiva-comportamental, além do tratamento cirúrgico. O tratamento farmacológico apresenta-se como uma prevenção secundária, ou seja, é utilizado para prevenção de complicações e deterioração posterior e impede a progressão da doença. Portanto, deve ser mantido para evitar recuperação do peso. Já o tratamento dietético se baseia na redução da ingestão de calorias diárias. Quando associado ao aumento do gasto energético o tratamento se torna mais eficiente, promovendo um balanço energético negativo, que promove perda de peso. Porém, é necessário que haja uma mudança dos hábitos alimentares que perdurem ao longo da vida. Por esse motivo, existem muitas divergências neste tratamento (ABESO, 2016).

A terapia cognitiva – comportamental se baseia na análise e mudança dos transtornos de comportamentos associados ao estilo de vida do indivíduo. Esta forma de tratamento tem como objetivo programar estratégias que auxiliam no controle de peso, através do reforço à motivação com relação ao tratamento, evitando-se a recaída e o consequente ganho de peso posterior. O tratamento cirúrgico através da cirurgia bariátrica é feito quando o paciente apresenta um grau de obesidade muito elevado com falhas documentadas de tratamento clínico. Este procedimento é utilizado para redução dos índices de mortalidade e melhora de comorbidades clínicas (ABESO, 2016).

Diante da crescente prevalência da obesidade, diversas medidas são preconizadas no sentido de reduzir o problema e melhorar a qualidade de vida da população (BIANCHINI et al., 2012).

No entanto, alguns estudos indicam que os indivíduos com sobrepeso ou obeso são vulneráveis a múltiplas formas de preconceito, inclusive durante atendimento por profissionais de saúde. Alguns relatos reiteram estas atitudes negativas, incluindo a crença de que esses indivíduos são preguiçosos, não resistentes, indisciplinados e têm baixa força de vontade. Estigmas variados acompanham os indivíduos que estão fora dos padrões estéticos. A eles são apontadas qualidades depreciativas, que indicam pessoas desacreditadas ou pouco confiáveis. Esta caracterização é atribuída observando uma diferença ou um desvio que a pessoa possui, resultando numa deterioração da identidade individual. Rodrigues et al. (2016),

em artigo de revisão ressaltam que, considerando a hegemonia do padrão corporal magro e saudável, a discriminação da gordura tem sido cada vez mais naturalizada, circulando, inclusive, entre profissionais de saúde.

Atitudes negativas de profissionais de saúde em relação à obesidade podem prejudicar a prática humanizada da conduta profissional, implicando em queda na qualidade de cuidados prestados aos pacientes obesos distanciando estes indivíduos dos serviços de saúde, propiciando um menor cuidado preventivo e diminuindo a adesão ao tratamento (OBARA, 2015; TEIXEIRA et al., 2012; ARAÚJO, 2017).

Segundo um estudo realizado Foster et al. (2012) com 620 médicos, mais de 50% dos profissionais consideram os pacientes obesos desajeitados, pouco atraentes, feios e não compatíveis. Um terço desta mesma amostra considera ainda esses pacientes com pouca força de vontade, desleixados e preguiçosos. Com isso, é possível supor que nem sempre os pacientes obesos são vistos e tratados da mesma forma que pacientes não obesos.

Muitas vezes este preconceito está relacionado a uma das causas da obesidade, o sedentarismo, como aponta o estudo de Cori, Petty e Alvarenga (2014) que avaliou a atitude de nutricionistas em relação a indivíduos obesos. A maior parte dos participantes da pesquisa eram formados, a maioria já pós-graduados e predominantemente do sexo feminino. Foi observado que os nutricionistas veem a inatividade física com a principal “causa” da obesidade.

Outro estudo de 2001 avaliou alguns profissionais da saúde e observou que estes profissionais associam “pessoas gordas” com atributos negativos como “ruins” ou “preguiçosos” e colocam atributos positivos como “bom” ou “motivado” a “pessoas magras”. Estes profissionais ainda afirmaram que “pessoas magras” seriam mais motivadas do que “pessoas gordas”. Portanto, é possível perceber que a discriminação com estes pacientes não é algo observado agora, e sim, um problema antigo da sociedade (TEACHMAN, BROWNELL, 2001).

Um estudo feito com enfermeiras avaliou que enfermeiros com IMC mais baixo tendem a enxergar pessoas obesas de uma forma negativa. Neste estudo, os pesquisadores aferiram que as atitudes antiobesidade também ocorrem dos pacientes para os enfermeiros que possuem um IMC mais alto, através de comentários rudes e ofensivos com seu peso (BROWN, THOMPSON, 2007).

Considerando-se que atitudes estigmatizantes e preconceituosas entre profissionais da área da saúde podem constituir-se em componentes que dificultem o tratamento de indivíduos obesos, a discussão acerca da temática torna-se necessária.

3. METODOLOGIA

Este projeto de iniciação científica está inserido no projeto principal intitulado “Crenças e atitudes de profissionais de saúde face à obesidade” que teve o objetivo de avaliar as crenças e atitudes de profissionais de saúde, de diferentes áreas em relação à obesidade. Assim, o presente projeto de iniciação científica é um estudo do tipo transversal, realizado com amostra composta por profissionais de diversas áreas da saúde (como nutrição, farmácia, fisioterapia, medicina, psicologia, enfermagem, cirurgia bariátrica entre outros) do Brasil, de ambos os sexos e com idade maior ou igual a 18 anos. Os profissionais foram recrutados a partir de redes sociais. Como critério de exclusão foram considerados profissionais com idade menor do que 18 anos, profissionais que não sejam da área da saúde ou pessoas que responderem de forma incompleta ao questionário.

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário online elaborado na Plataforma Google Forms composto por questões sobre caracterização sociodemográfica, condições de saúde e de estilo de vida dos profissionais. Para avaliação das crenças e atitudes relacionadas à obesidade, foi utilizada a Escala de Atitudes Antiobesidade (AFAT), traduzida e adaptada para o português (OBARA; ALVARENGA, 2018). Esta escala possui 34 itens que abordam três dimensões das atitudes em relação à doença obesidade e aos pacientes com sobrepeso:

- 1) Depreciação social e do caráter (questões 6, 7, 8, 9, 11, 12, 14, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 30, 33): avalia características socialmente indesejáveis relacionadas à personalidade e desprezo social do indivíduo obeso;
- 2) Não atratividade física e romântica (questões 2, 4, 5, 10, 17, 24, 26, 27, 29, 31): inclui itens que refletem a percepção de que pessoas obesas são desajeitadas e inaceitáveis como parceiras românticas;
- 3) Controle do peso e culpa (questões 1, 3, 13, 15, 18, 25, 28, 32, 34): inclui itens relacionados 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 ao invés de estar sob influência maior de aspectos biológicos.

Cada item da Escala deve ser respondido numa escala Likert de 5 pontos: 1 = não concordo com nada; 2 = não concordo com a maior parte; 3 = nem discordo nem concordo; 4 = concordo com a maior parte; 5 = concordo totalmente. A pontuação de cada item da Escala foi somada, constituindo a pontuação total do AFAT. Também foi obtida a pontuação AFAT dividida pelo número de afirmações do questionário (pontuação total / 34). A pontuação de cada subescala foi computada pela soma das pontuações das questões que compõem a

subescala, dividida pelo total de questões (15 na subescala “Depreciação social e do caráter”; 10 em “Não atratividade física e romântica”; 9 em “Controle do peso e culpa”).

Os dados coletados pelo Google Forms foram transferidos para uma planilha do programa Microsoft Excel e analisados no programa SPSS, versão 21. Os resultados foram avaliados por meio da comparação das variáveis de estudo entre os nutricionistas em relação aos outros profissionais de saúde. Inicialmente as variáveis foram analisadas em relação à aderência à distribuição normal pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Como o resultado foi que as variáveis não tinham distribuição normal, utilizaram-se testes estatísticos não paramétricos. As diferenças entre as médias do escore total, dos escores das subescalas (1, 2 e 3) e pontuações de cada questão foram comparadas entre os nutricionistas e outros profissionais da saúde pelo teste de Mann-Whitney. Outras variáveis do estudo, como as variáveis sociodemográficas, condições de saúde e de estilo de vida foram comparadas entre nutricionistas e outros profissionais da saúde pelo teste de Mann-Whitney, no caso de variáveis quantitativas, e pelo teste do qui-quadrado ou teste exato de Fisher, no caso de variáveis qualitativas. Todas as análises estatísticas consideraram nível de significância de 5%.

Em relação à ética em pesquisa, o questionário continha o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) contendo explicação sobre os objetivos, procedimentos, benefícios e riscos do estudo. Apenas os profissionais que concordaram com o TCLE responderam os instrumentos da pesquisa. Todos os procedimentos desta pesquisa respeitaram as diretrizes da legislação de ética em pesquisa com seres humanos, com garantia sobre o anonimato e a confidencialidade dos dados coletados. O projeto de pesquisa principal foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Presbiteriana Mackenzie (CAAE 38439820.6.0000.0084).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram coletados dados de 105 indivíduos, porém foram excluídos 7 indivíduos que não preencheram todas as questões da Escala de Atitudes Antiobesidade. Deles 1 não aceitou participar, 2 eram profissionais de saúde (enfermagem) que não atuam mais na área, 3 indivíduos eram profissionais de áreas que não da saúde e 1 estudante, totalizando uma amostra final de 98 profissionais da saúde, formada por 40 nutricionistas e 27 médicos (15 cirurgiões bariátricos, 2 psiquiatras, 1 cardiologista, 1 cirurgião geral, 1 dermatologista, 1 endocrinologista, 1 ginecologista, 1 especialista em medicina do sono, 1 especialista em medicina integrativa, 1 nutrólogo, 1 obstetra e 1 pediatra;) e outras 31 profissões também da área da saúde (11 psicólogos, 8 Educadores Físicos, 5 dentistas, 3 enfermeiros, 2

Fonoaudiólogos, 1 Terapeuta Ortomolecular e 1 psicanalista.). A idade dos participantes variou 40 a 69 anos, dos nutricionistas 41 a 52 anos e dos outros profissionais de 54 a 46 anos.

A Tabela 1 apresenta a caracterização demográfica dos profissionais, na qual observa-se que a maioria dos participantes eram do sexo feminino (n=72), de raça branca (n=84).

Tabela 1 – Distribuição dos profissionais segundo características demográficas. Brasil, 2022-2023.

Variável		Médicos	Nutricionistas	Outros	Total
Sexo	Feminino	11	39	22	72
	Masculino	16	1	9	26
Raça	Branca	22	35	27	84
	Negro/parda	5	5	4	14
Total		27	40	31	98

Na Tabela 2 são apresentadas as características socioeconômicas, observa-se que numa amostra de 98 profissionais de saúde, o vínculo de trabalho apresentou diferença estatisticamente significativa ($p=0,038$) para autônomos (n=71), Empresários (n=13) e com Contrato de Trabalho (n=14). Nas questões sobre a escolaridade mesmo com a maioria possuindo pai e mãe com Ensino superior completo não foram apresentadas diferenças estatisticamente significantes.

Tabela 2 – Distribuição dos profissionais segundo características socioeconômicas. Brasil, 2022-2023.

Variável		Outras Profissões	Nutricionistas	Total	Valor p
Vínculo de trabalho	Autônomo	39	32	71	0,038
	Empresário	12	1	13	
	Trabalha como contratado	9	5	14	
Escolaridade da mãe	Ensino fundamental I completo	2	2	4	0,828
	Ensino fundamental I incompleto	5	2	7	
	Ensino fundamental II completo	0	1	1	
	Ensino fundamental II incompleto	2	1	3	
	Ensino médio completo	15	12	27	
	Ensino superior completo	24	11	35	
	Ensino superior incompleto	2	2	4	
	Não sabe ler/escrever	1	0	1	
	Pós-graduação	9	7	16	
	Escolaridade do pai	Ensino fundamental I completo	2	0	
Ensino fundamental I incompleto		9	3	12	
Ensino fundamental II completo		0	1	1	
Ensino fundamental II incompleto		1	2	3	
Ensino médio completo		12	13	25	
Ensino superior completo		25	12	37	
Ensino superior incompleto		2	1	3	
Pós-graduação	9	6	15		
Total		60	38	98	

Na Tabela 3 os participantes foram questionados sobre características de estilo de vida: prática de atividade física, nível referido de intensidade e como avaliam suas condições de saúde atual. Observou-se uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,014$) na prática de atividade física entre os profissionais; praticam atividade física ($n=78$) e não praticam ($n=20$). Já no nível de intensidade das atividades físicas, também houve diferença estatisticamente comprovada ($p=0,044$), para os que se consideram ativo ($n=47$), muito ativo ($n=16$), pouco ativo ($n=21$) e sedentário ($n=14$). Na avaliação do estado de saúde dos profissionais a maioria ($n=55$) consideram-se em bom estado de saúde, e ($n=30$) muito bom estado de saúde, não sendo identificada diferença estatisticamente significativa para esta avaliação.

Tabela 3 – Distribuição dos profissionais segundo características de estilo de vida. Brasil, 2022-2023.

Variável		Outras Profissões	Nutricionistas	Total	Valor p
Prática de exercício físico	Eu não pratico	17	3	20	0,014
	Eu pratico	43	35	78	
Nível de atividade física referido	Ativo				0,044
		22	25	47	
	Muito ativo	12	4	16	
	Pouco ativo	15	6	21	
Avaliação do estado de saúde	Sedentário	11	3	14	0,152
	Bom				
		29	26	55	
	Muito bom	20	10	30	
	Regular	9	2	11	
	Ruim	2	0	2	
Total		60	38	98	

As variáveis relacionadas a atitudes antiobesidade na Tabela 4, foram comparadas por tipos de Profissional (Nutricionistas e Outras Profissões). Não houve diferença estatisticamente significativa nas questões, exceto para a afirmação “A ideia que genética causa obesidade é simplesmente uma desculpa”, em que a média observada entre os nutricionistas foi superior à média das outras profissões.

Não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas no escore total e nas subescalas da Escala de Atitudes Antiobesidade entre os nutricionistas e os demais profissionais de saúde que compuseram a amostra.

Tabela 4 – Comparação de médias das questões, subescalas e escore total da escala segundo tipo de profissão. Brasil, 2022-2023.

Questões	Outras Profissões		Nutricionistas		Valor P
	Média	DP	Média	DP	
Não há desculpa para ser gordo	1,73	1,18	1,87	1,12	0,292
Se eu fosse solteiro(a), eu namoraria uma pessoa gorda	2,95	1,33	3,00	1,29	0,882
A maioria dos gordos compra muita besteira ("junk food")	2,83	1,28	3,11	1,13	0,261
Pessoas gordas não são atraentes	1,75	0,91	2,00	1,14	0,324
Pessoas gordas não deveriam usar em público roupas que mostram demais o corpo	1,52	0,98	1,47	0,89	0,982
Se pessoas gordas não são contratadas para um emprego, a culpa é delas mesmas	1,25	0,63	1,32	0,74	0,465
Pessoas gordas não se importam com nada além de comer	1,15	0,44	1,13	0,34	0,878
Eu perderia o respeito por um (a) amigo (a) que começasse a ficar gordo (a)	1,10	0,54	1,03	0,16	0,559
A maioria das pessoas gordas é chata	1,17	0,64	1,08	0,27	0,884
Eu não acredito que uma pessoa de peso normal se casaria com uma pessoa gorda	1,18	0,50	1,18	0,46	0,783
A sociedade é muito tolerante com as pessoas gordas	1,68	1,10	1,63	1,10	0,718
Quando pessoas gordas fazem exercícios, elas parecem ridículas	1,13	0,43	1,03	0,16	0,165
A maioria das pessoas gordas é preguiçosa	1,40	0,72	1,37	0,63	0,985
As pessoas gordas são tão competentes no seu trabalho como qualquer um	4,20	1,47	4,47	1,25	0,385
Se as pessoas gordas realmente quisessem emagrecer, elas conseguiriam	2,00	1,25	2,03	1,05	0,584
Ser gordo é pecado	1,12	0,56	1,03	0,16	0,374
É nojento ver pessoas gordas comendo	1,13	0,50	1,26	0,76	0,261
Pessoas gordas não tem força de vontade	1,42	0,94	1,42	0,68	0,333
Eu prefiro não me relacionar com pessoas gordas	1,48	1,05	1,32	0,77	0,541
A maioria das pessoas gordas é temperamental e difícil de lidar	1,30	0,70	1,45	0,80	0,292
Se coisas ruins acontecem com pessoas gordas, elas merecem	1,08	0,42	1,08	0,36	0,954
A maioria das pessoas gordas não conseguem manter as coisas limpas e organizadas	1,32	0,89	1,18	0,56	0,520
A sociedade deveria respeitar o direito das pessoas gordas	4,38	1,26	4,42	1,24	0,818
É difícil não encarar as pessoas gordas porque elas são pouco atraentes	1,27	0,73	1,47	0,95	0,221
A ideia que genética causa obesidade é simplesmente uma desculpa	1,42	0,94	1,71	0,90	0,028
Eu não continuaria um relacionamento amoroso se meu (minha) parceiro (a) se tornasse gordo (a)	1,35	0,90	1,24	0,68	0,613
Eu não entendo como alguém pode se sentir sexualmente atraído por uma pessoa gorda	1,37	0,76	1,21	0,53	0,340
Se as pessoas gordas soubessem quão ruim é sua aparência, elas emagreceriam	1,47	0,95	1,21	0,53	0,230
Pessoas gordas têm tanta coordenação motora quanto qualquer outra	3,93	1,39	3,58	1,39	0,154
Pessoas gordas não são higiênicas	1,28	0,80	1,13	0,41	0,488
Pessoas gordas deveriam ser encorajadas a se aceitarem como são	2,72	1,37	2,74	1,33	0,938
A maioria das pessoas gordas se prende a qualquer desculpa para estar gorda	1,80	1,13	1,84	0,97	0,577

Tabela 4 – Comparação de médias das questões, subescalas e escore total da escala segundo tipo de profissão. Brasil, 2022-2023 (continuação).

Questões	Outras Profissões		Nutricionistas		Valor P
	Média	DP	Média	DP	
É difícil levar uma pessoa gorda a sério	1,20	0,71	1,11	0,39	0,700
Pessoas gordas não necessariamente comem mais que os outros	3,90	1,37	3,95	1,18	0,803
Escore total	1,86	0,17	1,87	0,13	0,893
Subescala1 - Depreciação social e do caráter	1,66	0,34	1,63	0,26	0,899
Subescala2 – Não atratividade física e romântica	1,92	0,41	1,92	0,34	0,944
Subescala3 – Controle de peso e culpa	2,00	0,66	2,06	0,52	0,276

Ainda segundo a Tabela 4, observa-se que a Subescala com maior média, tanto para os outros profissionais da saúde quanto para os nutricionais foi a Subescala 3 – controle de peso e culpa (2,00 e 2,06, respectivamente). Em um estudo similar realizado com enfermeiros onde a mesma escala foi aplicada, a subescala de maior média também foi a Subescala 3 – controle de peso e culpa. Neste mesmo estudo a pergunta de maior média foi “a maioria dos gordos compram muita besteira (junkfood)” (GEISSLER; KORZ, 2020).

A gordofobia se caracteriza pela aversão e preconceito com pessoas que sofrem que apresentam obesidade. Trata-se do julgamento de alguém como inferior e até mesmo repugnante por estar acima do peso do que é considerado esteticamente padrão pela sociedade e se torna ainda mais grave quando o preconceito vem de um profissional da saúde.

Em um estudo realizado com nutricionistas foi observado que a amostra pesquisada via a obesidade como um problema comportamental e psicológico, assemelhando-se com os resultados encontrados no presente estudo, pois os nutricionistas pesquisados responderam uma média maior para a Subescala 3 - controle de peso e culpa. No estudo mencionado, os autores ainda observaram que, para os nutricionistas avaliados, as três principais causas da obesidade são: inatividade física, alterações emocionais e de humor e vício ou dependência de comida (CORI; PETTY; ALVARENGA, 2015).

Segundo ALBERGA et al. (2019), estudo realizado no Canadá, 18% dos médicos afirmaram se sentirem enojados ao atender pacientes gordos, e 33,3% indicaram se sentir frustrados com pacientes que têm obesidade.

Pesquisa realizada por TOMYIAMA et al. (2015) utilizando o questionário “Implicit Association Test” comparou a existência de atitudes “explícitas” (atitudes negativas que podem representar discriminação ou preconceito contra um grupo social) e “implícitas” (aquelas ativadas fora de atenção e consciência) frente à obesidade em dois anos diferentes

2001 e 2013. Os pesquisadores observaram que, em 2013, os níveis de atitudes “implícitas” foram menores e os níveis de atitude “explícitas” foram maiores em 2013, quando comparados a 2001. Em 2013, os participantes da pesquisa relataram pensar que pessoas gordas são mais preguiçosas do que as magras.

Outro estudo, que utilizou o mesmo instrumento, tinha o objetivo de avaliar o preconceito implícito antiobesidade entre os profissionais da saúde e comparar com o viés antiobesidade implícito na população em geral. O estudo obteve como resultados que, mesmo que os participantes tenham relatado a vontade de ser menos preconceituoso, isso não os torna imunes às mensagens sociais negativas que a sociedade impõe. Neste mesmo estudo foi observado que os profissionais da saúde estudados relataram preconceito “explícito” e “implícito” frente à obesidade (TEACHMAN; BROWNELL, 2001).

Em estudo feito por O’Brien et al. (2010), cujo objetivo era modificar o preconceito antiobesidade nos estudantes das áreas da saúde por meio de vídeo aulas obrigatórias tiveram a seguinte hipótese, de que um currículo tradicional de saúde enfatizando causas e tratamentos controláveis para obesidade (ex.: dieta e exercícios físicos) exacerbaria o preconceito antiobesidade, enquanto um currículo modificado enfatizando razões incontroláveis para a obesidade (ex.: genética, influências socioculturais e ambientais) reduziriam o preconceito anti-gordura implícito e explícito. Foi observado que os currículos tradicionais que diziam a respeito de dieta e atividade física obtiveram um aumento do preconceito “implícito”, entretanto o currículo modificado que dizia a respeito da genética e influência sociocultural/ambiental diminuiu em 27% o preconceito “implícito” sobre ser bom/mal e em 12% o preconceito “implícito” sobre ser motivado/preguiçoso.

Em uma pesquisa realizada por meio de entrevistas com médicos da família, enfermeiros e nutricionistas percebeu-se que existia de fato crenças e atitudes negativas frente a obesidade dos médicos, enfermeiros e nutricionistas estudados. Os médicos da família apresentaram uma tendência maior de não criarem expectativas e de interferir até certo ponto. Já os enfermeiros e nutricionistas estudados, apesar de se sentirem frustrados com os insucessos dos obesos, são mais esperançosos com o sucesso e consideram que a persistência das suas intervenções não são uma “perda de tempo” (TEIXEIRA, RIBEIRO, MAIA, 2014).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo apontou que as atitudes antiobesidade entre nutricionistas e outros profissionais foram semelhantes para a maior parte das variáveis investigadas e não foram identificadas diferenças significativas de gordofobia entre os participantes de diferentes profissões para o escore total e as subescalas do instrumento aplicado.

O número de participantes da amostra pode ter exercido efeito nos resultados apresentados, dificultando a identificação de diferenças significativas. Assim, espera-se que sejam realizadas novas pesquisas com maior número de participantes profissionais de saúde incluindo aqueles especializados em Cirurgia Bariátrica, no contexto de pré-operatório, pós-operatório com recidiva de peso.

No contexto da obesidade, o estigma e o preconceito não contribuem para o tratamento da doença obesidade e do sobrepeso, e podem ainda, trazer diversas implicações negativas para a saúde física, emocional e social do indivíduo obeso.

Neste cenário, a percepção e as atitudes dos profissionais de saúde em relação ao excesso de peso são cruciais para o cuidado efetivo, promoção, prevenção e tratamento eficaz da obesidade.

6. REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA (ABESO). **Diretrizes brasileiras de obesidade**. 4.ed. São Paulo: ABESO, 2016.

ARAÚJO, L.S. **Representações sociais da obesidade: identidade e estigma** (Tese de Doutorado). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil, 2017.

ALBERGA, A.S., et al., Examinando o viés de peso entre os médicos de família canadenses praticantes. **Obes Facts**, v.12, p.632-638, 18 de dezembro de 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/0005037511>

BIANCHINI, J.A.A. et al. Tratamento da Obesidade: revisão de artigos sobre intervenções multiprofissionais no contexto brasileiro. **Arq Ciênc Saúde**, v.19, n.2, p.9-15, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Assistência Básica: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Distrito Federal: Ministério da Saúde, 2014.

BROWN, I.; THOMPSON, J. Primary care nurses' attitudes, beliefs and own body size in relation to obesity management. **Journal of Advanced Nursing**, s.l., v. 60, n. 5, p. 535-543, out./2007.

CORI, G. C. PETTY, M. L. B. ALVARENGA, M. S. Atitudes de nutricionistas em relação a indivíduos obesos: um estudo exploratório. **Ciência e saúde coletiva**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 565- 576, Fev/ 2015.

FOSTER, G. D. et al. Primary Care Physicians' Attitudes about Obesity and Its Treatment. **Obesity Research**, v. 11, p. 1168-1177, set., 2012.

GEISSLER, M. E. KORZ, V. Atitudes de enfermeiros de equipe da Saúde da Família em relação à obesidade. **DEMETRA: alimentação, nutrição e saúde**, Blumenau, v. 15, p. 1- 12, mai/2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/46085/34125>

OBARA, A. A.; ALVARENGA, M. S. Adaptação transcultural da Escala de Atitudes Antiobesidade para o português do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 5, p. 1507-1520, 2018.

OBARA, A. **Atitudes de estudantes universitários de nutrição em relação aos indivíduos obesos e à obesidade**. Dissertação (Mestrado em Nutrição em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

O'BRIEN, K. S. et al. Reducing Anti-fat prejudice in preservice health studies: a randomized trial. **Obesity society**. V.18, n. 11, p. 2138-2144, Nov/2010.

TAVARES, T., NUNES, S., SANTOS, M. Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. **Rev. Med. Minas Gerais**, v. 20, n. 3, p. 359-66, 2010.

TEACHMAN B.A., BROWNELL, K.D. Implicit anti-fat bias among health professionals: is anyone immune? **International Journal of Obesity**, v. 25, n. 10, p. 1525-1531, out., 2001.

TEIXEIRA, F. V.; PAIS-RIBEIRO, J. L.; MAIA, A.R.P.C. Crenças e práticas dos profissionais de saúde face à obesidade: uma revisão sistemática. **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 2, p. 254-262, 2012.

TOMIYAMA, A. J. et al. **Weigh Bias in 2001 versus 2013: Contradictory Attitudes Among Obesity Reserchers and health professional**. *Obesity Journals*, v.23, n.1, p. 46-53, Jan/2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Body mass index classification - report of a WHO consultation on obesity**. Geneva: WHO, 1997.

Contatos: leobfa@gmail.com, ana.colucci@mackenzie.br