

CRENÇAS E ATITUDES ANTI OBESIDADE ENTRE PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Beatriz Vicentini Silva (IC) e Ana Carolina Almada Colucci Paternez (Orientador)

Apoio: PIBIC CNPq

RESUMO

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 para reduzir o problema e melhorar a qualidade de vida da população. No entanto, estudos indicam que os indivíduos com excesso de peso são vulneráveis a múltiplas formas de preconceito, inclusive durante atendimento por profissionais de saúde. O presente estudo se propôs a investigar as crenças e atitudes de profissionais de saúde em relação a indivíduos obesos. A amostra foi composta por 70 profissionais da área da saúde, de ambos os sexos e com idade maior ou igual a 18 anos, sendo 65 nutricionistas e 5 de outras profissões. 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. As atitudes antiobesidade entre nutricionistas e outros profissionais de saúde foram semelhantes para a maior parte das variáveis investigadas e não foram identificadas diferenças significativas para o escore total e as subescalas do instrumento aplicado. No contexto da obesidade, o estigma e o preconceito não contribuem para o tratamento e redução dos índices de obesidade e podem trazer implicações negativas para a saúde 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.

Palavras-chave: Obesidade. Preconceito de peso. Profissionais da saúde.

ABSTRACT

Nowadays, in Brazil and worldwide, there is an increasing prevalence of obesity. As a multifactorial disease, there is a great need for effective health measures to reduce the problem and improve the population's quality of life. However, studies indicate that overweight individuals are vulnerable to multiple forms of prejudice, including during care by health professionals. This study aimed to investigate the beliefs and attitudes of health professionals towards obese individuals. The sample consisted of 70 health professionals, of both sexes and aged 18 years or over, 65 nutritionists and 5 from other professions. A questionnaire consisting of sociodemographic questions, health conditions and the professionals' lifestyle was applied and, to assess the beliefs and attitudes related to obesity, the Anti-obesity Attitude Scale was used. Anti-obesity attitudes among nutritionists and other health professionals were similar for most of the investigated variables and no significant differences were identified for the total score and subscales of the instrument applied. In the context of obesity, stigma and prejudice do not contribute to the treatment and reduction of obesity rates and can have negative implications for the health of the obese individual. In this scenario, the perception and attitudes of health professionals in relation to overweight are crucial for the effective care, promotion, prevention and effective treatment of obesity.

Keywords: Obesity. Weight Prejudice. Health Care Professionals.

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, têm 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 obesidade 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 obesidade 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 estudo realizado por Foster et al. (2003) 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 Avarenga (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, 2020)

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 estudantes e profissionais de saúde face à obesidade” que teve o objetivo de avaliar as crenças e atitudes de estudantes e profissionais de saúde, de diferentes áreas e países, 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, 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 fossem da área da saúde ou pessoas que responderam 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 obesidade e aos indivíduos obesos:

- 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 deveria 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 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 82 indivíduos, porém foram excluídos: 8 indivíduos que não preencheram todas as questões da Escala de Atitudes Antiobesidade, 2 indivíduos que eram profissionais de áreas que não da saúde, 2 estudantes totalizando uma amostra final de 70 profissionais da saúde, sendo 65 nutricionistas e 5 de outras profissões (1 biomédico, 1 médico, 1 dentista, 1 psicólogo, 1 auxiliar de enfermagem).

A idade média dos nutricionistas foi de 37,14 anos ($dp=9,62$) e dos outros profissionais foi de 36,40 anos ($dp=16,89$), sem diferença estatística ($p=0,451$). A Tabela 1 apresenta a caracterização demográfica dos profissionais, na qual observa-se maioria do sexo feminino ($n=69$) e maioria de raça branca ($n=60$), ambos sem diferença estatística entre os tipos de profissionais.

Tabela 1 – Distribuição dos profissionais segundo características demográficas. Brasil, 2020-2021.

Variável		Outras Profissões	Nutricionistas	Total	Valor p
Sexo	Feminino	5	64	69	1,000*
	Masculino	0	1	1	
Raça	branca	5	55	60	0,925
	parda	0	6	6	
	amarelo	0	2	2	
	indígena	0	1	1	
	negra	0	1	1	
Total		5	65	70	

*teste exato de Fisher

As características socioeconômicas são apresentadas na Tabela 2, na qual observa-se que a maioria estava trabalhando como contratado, com a mãe e o pai com ensino médio completo.

Tabela 2 – Distribuição dos profissionais segundo características socioeconômicas. Brasil, 2020-2021.

Variável		Outras Profissões	Nutricionistas	Total	Valor p
Sexo	Autônomo	1	22	23	0,729
	Desempregado e procurando emprego	0	5	5	
	Empresário	0	2	2	
	Trabalha como contratado	4	36	40	
Escolaridade da mãe	Ensino fundamental I completo	0	8	8	0,020
	Ensino fundamental I incompleto	0	8	8	
	Ensino fundamental II completo	0	2	2	
	Ensino fundamental II incompleto	2	1	3	
	Ensino médio completo	1	15	16	
	Ensino médio incompleto	0	5	5	
	Ensino superior completo	1	12	13	
	Ensino superior incompleto	0	4	4	
	Pós-graduação	1	10	11	
Escolaridade do pai	Ensino fundamental I completo	0	4	4	0,236
	Ensino fundamental I incompleto	1	8	9	
	Ensino fundamental II completo	1	1	2	
	Ensino fundamental II incompleto	0	4	4	
	Ensino médio completo	0	20	20	
	Ensino médio incompleto	0	4	4	
	Ensino superior completo	2	13	15	
	Ensino superior incompleto	1	3	4	
	Não sabe ler/escrever	0	1	1	
	Pós-graduação	0	7	7	
Total		5	65	70	

Os participantes foram questionados sobre características de estilo de vida (Tabela 3), mas não houve diferença estatística entre as diferentes categorias profissionais.

Tabela 3 – Distribuição dos profissionais segundo características de estilo de vida. Brasil, 2020-2021.

Variável		Outras Profissões	Nutricionistas	Total	Valor p
Prática de exercício físico	Eu não pratico	0	27	27	0,149
	Eu pratico	5	38	43	
Nível de atividade física referido	Ativo	3	22	25	0,335
	Muito ativo	1	5	6	
	Pouco ativo	1	17	18	
	Sedentário	0	21	21	
Avaliação do estado de saúde	Bom	2	39	41	0,774
	Muito bom	2	14	16	
	Muito ruim				
	Não quero informar				
	Não sei				
	Regular	1	11	12	
	Ruim	0	1	1	
Total		5	65	70	

Ao analisar os dados relacionados à profissão, a maioria atuava na área Clínica e tinha tempo de atuação de até 10 anos (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos profissionais segundo área de atuação. Brasil, 2020-2021.

Variável		Outras Profissões	Nutricionistas	Total	Valor p
Campo de atuação	Clínica	2	20	22	0,254
	Docência	0	17	17	
	Hospitalar	0	13	13	
	Indústria	0	1	1	
	Outra	3	14	17	
Tempo de atuação	Menos de 1 ano	1	4	5	0,463
	1 - 5 anos	2	10	12	
	6 - 10 anos	0	17	17	
	11 - 15 anos	1	14	15	
	16 - 20 anos	0	8	8	
	21 - 25 anos	0	4	4	
	26 - 30 anos	0	4	4	
	Mais de 30 anos	1	4	5	
Total		5	65	70	

As variáveis relacionadas a atitudes antiobesidade foram comparadas por tipos de profissional, sem diferença estatística para a maioria das questões. Para a afirmação “Se eu fosse solteiro(a), eu namoraria uma pessoa gorda”, observou-se média significativamente maior ($p=0,034$) entre os outros profissionais de saúde, em comparação com nutricionistas, evidenciando atitudes mais negativas daqueles profissionais. Para as afirmações “Pessoas gordas não são atraentes” e “A maioria das pessoas gordas é chata” foram observadas médias significativamente maiores entre os nutricionistas.

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

Tabela 5 – Comparação de médias das questões, subescalas e escore total da escala segundo tipo de profissão. Brasil, 2020-2021.

Questões	Outras Profissões		Nutricionistas		Valor p
	Média	DP	Média	DP	
Não há desculpa para ser gordo	1,65	0,91	2,40	1,67	0,269
Se eu fosse solteiro(a), eu namoraria uma pessoa gorda	3,42	1,13	2,20	1,10	0,034
A maioria dos gordos compra muita besteira ("junk food")	2,92	1,12	3,60	1,67	0,226
Pessoas gordas não são atraentes	1,68	1,02	2,40	0,55	0,023
Pessoas gordas não deveriam usar em público roupas que mostram demais o corpo	1,74	1,05	1,60	1,34	0,597
Se pessoas gordas não são contratadas para um emprego, a culpa é delas mesmas	1,17	0,49	1,00	0,00	0,409
Pessoas gordas não se importam com nada além de comer	1,23	0,63	1,00	0,00	0,408
Eu perderia o respeito por um (a) amigo (a) que comesse a ficar gordo (a)	1,00	0,00	1,00	0,00	1,000
A maioria das pessoas gordas é chata	1,03	0,25	1,20	0,45	0,020
Eu não acredito que uma pessoa de peso normal se casaria com uma pessoa gorda	1,17	0,63	1,20	0,45	0,483
A sociedade é muito tolerante com as pessoas gordas	1,42	0,77	1,60	0,89	0,546
Quando pessoas gordas fazem exercícios, elas parecem ridículas	1,06	0,30	1,00	0,00	0,626
A maioria das pessoas gordas é preguiçosa	1,34	0,64	1,60	0,55	0,157
As pessoas gordas são tão competentes no seu trabalho como qualquer um	4,00	1,67	3,20	1,79	0,253
Se as pessoas gordas realmente quisessem emagrecer, elas conseguiriam	2,00	1,10	2,00	1,00	0,885
Ser gordo é pecado	1,00	0,00	1,00	0,00	1,000
É nojento ver pessoas gordas comendo	1,03	0,17	1,00	0,00	0,693
Pessoas gordas não tem força de vontade	1,22	0,54	1,60	0,89	0,172
Eu prefiro não me relacionar com pessoas gordas	1,12	0,45	1,00	0,00	0,523

Tabela 5 – Comparação de médias das questões, subescalas e escore total da escala segundo tipo de profissão. Brasil, 2020-2021 (continuação).

Questões	Outras Profissões		Nutricionistas		
	Média	DP	Média	DP	Valor p
A maioria das pessoas gordas é temperamental e difícil de lidar	1,23	0,63	1,20	0,45	0,829
Se coisas ruins acontecem com pessoas gordas, elas merecem	1,00	0,00	1,00	0,00	1,000
A maioria das pessoas gordas não conseguem manter as coisas limpas e organizadas	1,02	0,12	1,00	0,00	0,782
A sociedade deveria respeitar o direito das pessoas gordas	4,51	1,11	4,20	0,84	0,100
É difícil não encarar as pessoas gordas porque elas são pouco atraentes	1,25	0,59	1,60	1,34	0,715
A ideia que genética causa obesidade é simplesmente uma desculpa	1,57	0,92	1,00	0,00	0,103
Eu não continuaria um relacionamento amoroso se meu (minha) parceiro (a) se tornasse gordo (a)	1,34	0,83	1,00	0,00	0,274
Eu não entendo como alguém pode se sentir sexualmente atraído por uma pessoa gorda	1,25	0,59	1,00	0,00	0,322
Se as pessoas gordas soubessem quão ruim é sua aparência, elas emagreceriam	1,09	0,29	1,40	0,89	0,369
Pessoas gordas têm tanta coordenação motora quanto qualquer outra	3,92	1,23	4,00	1,00	0,961
Pessoas gordas não são higiênicas	1,08	0,27	1,00	0,00	0,523
Pessoas gordas deveriam ser encorajadas a se aceitarem como são	3,66	1,14	3,80	1,10	0,906
A maioria das pessoas gordas se prende a qualquer desculpa para estar gorda	1,92	1,05	1,80	1,30	0,643
É difícil levar uma pessoa gorda a sério	1,14	0,43	1,00	0,00	0,443
Pessoas gordas não necessariamente comem mais que os outros	3,85	1,31	3,60	1,14	0,494
Escore total	1,79	0,21	1,77	0,16	0,732
Subescala1 - Depreciação social e do caráter	1,53	0,20	1,43	0,14	0,230
Subescala2 – Não atratividade física e romântica	2,04	0,31	1,98	0,22	0,551
Subescala3 – Controle de peso e culpa	1,95	0,40	2,11	0,44	0,341

Ainda segundo a Tabela 5, observa-se que a Subescala com maior média entre os outros profissionais da saúde foi a Subescala 2 – não atratividade física e romântica (2,04). Já entre os nutricionistas, a Subescala com maior média foi a Subescala 3 – controle de peso e culpa (2,11). Em um estudo similar realizado com enfermeiros onde a mesma escala foi aplicada, a subescala de maior média 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*)” (GEISLER; KORZ, 2020).

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).

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 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 preconceituosos, 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).

O’Brien et al. (2010) em pesquisa cujo objetivo era modificar o preconceito antiobesidade nos estudantes das áreas da saúde por meio de video aulas obrigatórias apresentaram 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. Os autores observaram 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 existiam, de fato, crenças e atitudes negativas frente à 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 de saúde foram semelhantes para a maior parte das variáveis investigadas e não foram identificadas diferenças significativas entre os participantes de diferentes profissões para o escore total e as subescalas do instrumento aplicado.

O baixo número de participantes de outras profissões, em comparação com o número de nutricionistas 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.

No contexto da obesidade, o estigma e o preconceito não contribuem para o tratamento e redução dos índices de obesidade e podem, ainda, trazer diversas implicações negativas para a saúde 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

ABESO. **Diretrizes Brasileiras de Obesidade**. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/92/57fcc403e5da.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2020.

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

BIANCHINI, J.A.A.; HINTZE, L.J.; BEVILAQUA, C.A.; DELL AGNOLO, C.M.; NELSON NARDO JUNIOR, N. 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. **CADERNO DE ASSISTÊNCIA BÁSICA: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Distrito Federal: Ministério da saúde, 2014.

BROWN, Ian; THOMPSON, Joanne. 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. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.2007.04450.x>>. Acesso em: 9 mar. 2020.

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. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/TLYNZrvZVmGFX7sZjjcWZNy/?lang=pt>

FOSTER, Gary D. Primary Care Physicians' Attitudes about Obesity and Its Treatment. **Obesity Research**, s.l., v. 11, p. 1168-1177, set. /2012. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1038/oby.2003.161>>. Acesso em: 4 mar. 2020. GEISLER, 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 São Paulo, University of São Paulo, São Paulo, 2015

O'BRIEN, K. S. et al. Reducing Anti-fat prejudice in preservice health studies: a randomized trial. **Obesity societ**. V.18, n. 11, p. 2138-2144, Nov/2010. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1038/oby.2010.79>

RODRIGUES, D.C.; GUEDES, G.C.; FERNANDES, L.M.; OLIVEIRA, J.L.C. Estigmas dos profissionais de saúde frente ao paciente obeso: uma revisão integrativa. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 42, n. 3, p. 197-203, set./out. 2016.

TEACHMAN BA, BROWNELL KD. Implicit anti-fat bias among health professionals: is anyone immune? **International Journal of Obesity**, s.l., v. 25, n. 10, p. 1525-1531, out. /2001. Disponível em: <<https://www.nature.com/articles/0801745.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2020

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**, 58(2), 254-262, 2012.

TEIXEIRA, F. V.; PAIS-RIBEIRO, J.L.; MAIA, A. Obesidade: Semelhanças no discurso de médicos de família, nutricionistas e enfermeiros. **Congresso Nacional de Psicologia da Saúde**, Lisboa, p. 145- 150, Fev/2014. Disponível em: www.researchgate.net/publication/264905254_Obesidade_Semelhancas_no_discurso_de_medicos_de_familia_nutricionistas_e_enfermeiros

TOMIYAMA, A. J. et al. Weith Bias im 2001 versus 2013: Contradictory Attitudes Among Obesity Reserchers and health professional. **Obesity Journals**, v.23, n.1, p. 46 – 53, Jan/2015. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/oby.20910>

VIGITEL BRASIL. **VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO**. Disponível em: <https://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/25/vigitel-brasil-2018.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Body mass index classification - report of a WHO consultation on obesity. Geneva: WHO, 1997. Disponível em: http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). OBESITY: PREVENTING AND MANAGING THE GLOBAL EPIDEMIC: REPORT OF A CONSULTATION. Disponível em: https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/. Acesso em: 2 mar. 2020.

Contatos: beatrizvicentini08@gmail.com, ana.colucci@mackenzie.br