

## Atitudes de nutricionistas em relação a indivíduos obesos – um estudo exploratório

Attitudes of dietitians in relation to obese individuals – an exploratory study

Giuliana da Costa Cori<sup>1</sup>  
Maria Luiza Blanques Petty<sup>2</sup>  
Marle dos Santos Alvarenga<sup>1</sup>

**Abstract** *The scope of this study was to assess attitudes of dietitians in relation to obesity; involving beliefs about the characteristics attributed to obese people, the reasons that lead to obesity and obesity itself. Dietitians (N = 344; 97.1% women) were contacted via their professional council and filled out the online survey. The survey questions were translated and adapted from international studies on this subject and the responses were analyzed for concordance rate. The results pointed to strong stigmatization of obesity and prejudice against the obese, attributing characteristics such as greed (67.4%), unattractiveness (52.0%), un-gainliness (55.1%), lack of willpower (43.6%) and laziness (42.3%). The most important causal factors were considered to be emotional and mood changes, food addiction and low self-esteem. Research on this topic should be enhanced since these attitudes can affect the efficacy of treatment and also to foster broad discussion and training regarding the significance of obesity and to ensure more individualized and humanized treatment for obese patients.*

**Key words** *Attitude, Dietitian, Obesity, Therapy*

**Resumo** *O objetivo foi identificar atitudes de nutricionistas em relação à obesidade; envolvendo crenças sobre características atribuídas às pessoas obesas, fatores de desenvolvimento e a obesidade em si. Os participantes (N = 344; 97,1% mulheres) foram contatados via conselho profissional e responderam a pesquisa online. As questões do estudo foram adaptadas de trabalhos internacionais com as respostas analisadas por frequência de concordância. As respostas indicaram forte estigmatização da obesidade e preconceito contra o obeso, atribuindo características como: guloso (67,4%), não atraente (52,0%), desajeitado (55,1%), sem determinação (43,6%) e preguiçoso (42,3%). E considerando entre os mais importantes fatores causais: alterações emocionais e de humor, vício ou dependência de comida e baixa autoestima. Esta temática deve ser mais pesquisada uma vez que tais atitudes podem impactar a eficácia do tratamento; também para discussão e formação ampla sobre os significados da obesidade, e tratamento mais individualizado e humanizado para pacientes obesos.*

**Palavras-chave** *Atitude, Nutricionista, Obesidade, Terapêutica*

<sup>1</sup> Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Av. Doutor Arnaldo 715/Sala de Pós-Doutorandos, Cerqueira César. 01246-904 São Paulo SP Brasil. giuliana.cori@gmail.com

<sup>2</sup> Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de São Paulo.

## Introdução

Os índices de obesidade no Brasil são crescentes, com 12,5% dos homens e 16,9% das mulheres considerados obesos<sup>1</sup>. Além das consequências diretas para a saúde física, a obesidade pode também repercutir nas condições psicológicas e sociais dos indivíduos. Avaliações fundamentadas no peso são consideradas aceitáveis e notadas em diversas áreas da sociedade, aumentando a vulnerabilidade a problemas psicológicos<sup>2,3</sup>. A mídia também propaga o preconceito, com imagens estereotipadas de obesos<sup>4</sup>.

Os profissionais de saúde estão entre as fontes de preconceito mencionadas pelos pacientes obesos. As atitudes com relação aos obesos podem ser influenciadas por visões negativas sobre o paciente, sobre as causas que o levaram a obesidade e até pelo fato dos profissionais se sentirem pouco capacitados a tratá-los<sup>5</sup>.

A atitude é um conceito com três componentes: afetivo - sentimentos e emoções; cognitivo - crenças e conhecimento; e comportamental - predisposição de agir em relação a alguma coisa<sup>6</sup>. O interesse em estudar atitudes envolve a compreensão e a predição de comportamentos<sup>7</sup>. Estudos internacionais encontraram atitudes negativas para com a obesidade entre médicos<sup>5,8-10</sup>, enfermeiros<sup>11</sup>, psicólogos<sup>10</sup>, educadores físicos<sup>12</sup> e nutricionistas<sup>13,14</sup>.

No contexto brasileiro pouquíssimos trabalhos exploram esta temática<sup>15,16</sup>, sem foco específico sobre atitudes do profissional ou aprofundamento sobre a questão. Considerando que nutricionistas estão envolvidos diretamente na terapêutica da obesidade, avaliar atitudes com relação ao tema e aos pacientes envolvidos é de importância para discussão e proposta de tratamento mais humanizado, abrangente e eficaz.

Neste contexto, o objetivo do presente estudo foi identificar as atitudes de nutricionistas em relação às crenças sobre os fatores etiológicos envolvidos na obesidade e características e crenças atribuídas às pessoas obesas.

## Métodos

Este é um estudo transversal descritivo, que pretende ser uma primeira exploração da temática no contexto nacional, conduzido com uma amostra não probabilística de nutricionistas - contatados por meio do Conselho Regional de Nutricionistas, CRN-3, que divulgou a pesquisa para o *mailing* de profissionais.

A pesquisa *online* *Atitudes de nutricionistas em relação a indivíduos obesos* foi hospedada no site seguro *surveymonkey.com*<sup>17</sup> e divulgada via e-mail para o *mailing* de Nutrição Clínica e Saúde Coletiva (N = 3.000). Os critérios de inclusão foram: ser nutricionista formado e aceitar participar da pesquisa.

Durante o período de novembro de 2012 a janeiro de 2013 foram recebidas 344 respostas (252 completas) - aproximadamente 11,5% do *mailing* CRN3.

O projeto do estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, e os participantes receberam informações na primeira página da pesquisa *online* e deram seu consentimento à participação marcando "aceito".

Os nutricionistas responderam questões com relação à: 1) fatores envolvidos no desenvolvimento da obesidade; 2) características atribuídas a pessoas obesas; 3) características atribuídas à obesidade e indivíduos obesos. As questões para investigação foram traduzidas e adaptadas dos trabalhos internacionais de Harvey et al.<sup>14</sup> e Foster et al.<sup>5</sup>, realizadas com nutricionistas e médicos no Reino Unido e Estados Unidos.

As questões adaptadas para esta pesquisa foram submetidas à avaliação de 14 *experts* (nutricionistas que trabalham com obesidade, transtornos alimentares e comportamento alimentar). Uma primeira versão do instrumento foi enviada a estes profissionais, para que opinassem sobre a adequação das caracterizações propostas, e clareza com a qual as questões foram formuladas e apresentadas. Após análise das opiniões e inclusão/exclusão de itens, o questionário foi reformulado segundo as considerações. O instrumento foi reenviado aos *experts* para nova análise e aprovação para conclusão do instrumento final.

O instrumento possuía três seções: 1) "fatores envolvidos no desenvolvimento da obesidade" com 17 opções (listadas na Tabela 1), para que os profissionais atribuísem níveis de importância, pontuadas de 1 a 5 como no trabalho de Foster et al.<sup>5</sup>.

A 2) "características atribuídas pelos nutricionistas aos indivíduos obesos", continha 12 diferentes itens semânticos (listados na Tabela 2) e seus respectivos antônimos apresentados numa escala tipo Likert de 5 pontos de concordância, seguindo modelo de Foster et al.<sup>5</sup>.

A 3) "crenças sobre a obesidade e indivíduos obesos", composta de 23 afirmativas (listadas na Tabela 3) relacionadas à obesidade e seu reflexo na vida dos obesos, deveria ser respondida numa

**Tabela 1.** Distribuição das respostas dos nutricionistas (N = 328) sobre os fatores de desenvolvimento da obesidade.

Causas	Média (DP)	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	1+2 (%)	4+5 (%)
Inatividade Física	4,41 (0,77)	0,0	0,6	15,8	26,4	57,1	0,6	83,5
Alterações emocionais e de humor (depressão, ansiedade)	4,36 (0,77)	0,0	1,8	12,5	33,7	52,0	1,8	85,7
Vício/dependência em comida	4,32 (0,85)	0,3	2,4	15,9	27,4	54,0	2,7	81,4
Comer uma quantidade maior do que o necessário	4,30 (0,77)	0,0	0,6	17,3	32,8	49,2	0,6	82,0
Comer alimentos inadequados	4,16 (0,88)	0,6	2,1	21,6	31,6	44,1	2,7	75,7
Baixa autoestima	4,05 (0,85)	0,0	3,3	23,7	38,3	34,7	3,3	73,0
Alterações metabólico-hormonais	3,79 (0,92)	0,0	6,4	35,3	31,3	27,1	6,4	58,4
Falta de força de vontade ou controle	3,72 (1,06)	2,7	10,0	26,7	33,1	27,4	12,7	60,5
Fatores extrínsecos (família, amigos, ambiente, mídia)	3,70 (0,94)	0,9	7,9	34,7	33,7	22,8	8,8	56,5
Não considerar o excesso de peso um problema	3,66 (1,06)	2,4	11,9	28,9	31,0	25,8	14,3	56,8
Aumento da disponibilidade de alimento e das porções vendidas e consumidas	3,66 (0,94)	0,6	8,2	38,6	29,5	23,1	8,8	52,6
Fazer dietas repetidamente	3,63 (1,00)	0,9	12,5	31,9		31,6	23,1	54,7
Falta de consciência sobre seu peso	3,62 (0,95)	1,2	10,0	33,7	35,0	20,1	11,2	55,1
Fatores genéticos	3,60 (0,93)	0,6	7,9	43,5	26,4	21,6	8,5	48,0
Gostar muito de comer	3,52 (1,03)	2,7	12,2	35,1	30,5	19,5	14,9	50,0
Personalidade	3,04 (1,06)	6,7	23,1	39,8	19,8	10,6	29,8	30,4
Situação financeira e social	3,03 (1,00)	4,6	26,7	38,3	22,2	8,2	31,3	30,4

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

**Tabela 2.** Distribuição das respostas dos nutricionistas (N = 314) sobre características atribuídas aos indivíduos obesos.

Características	Média (DP)	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	1+2 (%)	4+5 (%)
1) Guloso	2,15 (0,78)	20,8	46,6	29,7	2,6	0,3	67,4	2,9
1) Não atraente	2,39 (0,76)	13,1	38,9	45,2	2,2	0,6	52,0	2,8
1) Desajeitado	2,39 (0,67)	8,0	47,1	42,7	2,2	0,0	55,1	2,2
1) Sem determinação	2,54 (0,81)	11,2	32,4	49	6,4	1,0	43,6	7,4
1) Preguiçoso	2,55 (0,76)	9,2	33,1	51,6	5,4	0,6	42,3	6,0
1) Relaxado	2,69 (0,67)	5,1	27,0	61,4	6,1	0,3	32,1	6,4
1) Rebelde	3,02 (0,77)	2,9	17,6	57,5	19,2	2,9	22,1	20,5
1) Desinteressante	3,03 (0,66)	2,9	8,6	74,1	11,5	2,9	11,5	14,4
1) Triste	3,14 (0,65)	1,0	8,7	68,9	18,3	3,2	9,7	21,5
1) Desonesto	3,19 (0,68)	0,6	6,1	75,1	10,5	7,7	6,7	18,2
1) Não Comprometido	3,28 (0,77)	1,6	8,3	56,7	27,4	6,1	9,9	33,5
1) Desagradável	3,31 (0,70)	0,0	6,7	63,1	22,8	7,4	6,7	30,2

1 Concordo totalmente com a palavra 1; 2 Concordo mais com a palavra 1 (não totalmente); 3 Fico entre as duas características; 4 Concordo mais com a palavra 2 (não totalmente); 5 Concordo totalmente com a palavra 2.

escala de 5 pontos de concordância, seguindo modelo de Harvey et al.<sup>14</sup> e Foster et al.<sup>5</sup>.

A população foi caracterizada quanto à idade, sexo, estado nutricional (peso e altura referidos),

tempo de conclusão de curso, instituição da graduação, formação em pós-graduação e área de atuação profissional.

**Tabela 3.** Distribuição das respostas dos nutricionistas (N = 287) sobre crenças sobre obesidade e indivíduos obesos.

	Média (DP)	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	1+2 (%)	4+5 (%)
Os profissionais de saúde deveriam ser exemplos, mantendo um peso adequado	4,18 (1,02)	2,8	4,5	13,9	29,6	49,1	7,3	78,7
Uma redução de 10% do peso corporal é suficiente para melhorar complicações à saúde relacionadas à obesidade	3,87 (1,25)	6,3	12,2	10,5	30,3	40,8	18,5	71,1
Existem obesos metabolicamente saudáveis	3,71 (1,26)	7,3	15,3	8,4	37,3	31,7	22,6	69,0
A maioria dos pacientes obesos poderia alcançar seu peso ideal (em relação à altura) se fosse motivada a isso	3,52 (1,21)	7,0	18,5	11,5	41,8	21,3	25,5	63,1
A maioria das pessoas se sente desconfortável quando associadas a um obeso	3,28 (1,34)	15,3	14,6	15,7	35,9	18,5	29,9	54,4
Pessoas obesas são tão felizes quanto às de peso normal	3,27 (1,17)	6,3	22,6	26,1	27,5	17,4	28,9	44,9
Pessoas obesas geralmente são mais alegres e simpáticas	3,26 (1,03)	7,0	12,9	36,6	34,5	9,1	19,9	43,6
Para a maioria dos pacientes obesos, é impossível manter o peso perdido em longo prazo	2,87 (1,31)	17,8	30	9,8	32,8	9,8	47,8	42,6
A maioria dos pacientes obesos está bem informada sobre os riscos que a obesidade traz a saúde	2,87 (1,33)	17,1	32,8	8,7	29,3	12,2	49,9	41,5
Pessoas obesas tendem a ter problemas familiares	2,76 (1,10)	16,7	20,2	38,3	20,2	4,5	36,9	24,7
A maioria das pessoas obesas não está insatisfeita consigo mesma	2,63 (1,22)	19,2	34,5	17,4	21,6	7,3	53,7	28,9
Indivíduos obesos não têm mais problemas psicológicos dos que os demais	2,63 (1,14)	14,6	39,0	20,9	19,2	6,3	53,6	25,5
Pessoas obesas têm tanta autoconfiança quanto as outras pessoas	2,59 (1,11)	15,0	39,7	22,0	18,1	5,2	54,7	23,3
Trabalhadores obesos não conseguem ser tão bem sucedidos como os outros	2,52 (1,23)	29,3	21,3	20,6	26,5	2,4	50,6	28,9
A maioria das pessoas de peso normal não se casaria com alguém obeso	2,45 (1,21)	30,0	22,3	25,1	18,5	4,2	52,3	22,7
Obesos são mais conscientes sobre si mesmos do que as outras	2,38 (1,00)	20,9	35,2	31,7	9,8	2,4	56,1	12,2
A maioria dos pacientes obesos não perderá uma quantidade significativa de peso	2,31 (1,22)	31,0	33,8	15,0	13,9	6,3	64,8	20,2
A maioria dos obesos tem personalidade diferente do que as pessoas de peso normal	2,29 (1,19)	36,6	17,4	29,6	12,9	3,5	54	16,4
Poucos obesos sentem vergonha de seu peso	2,26 (1,08)	24,7	45,6	11,5	15,3	2,8	70,3	18,1
Pessoas obesas geralmente são desleixadas	2,22 (1,10)	34,5	25,8	24,4	14,3	1,0	60,3	15,3
Pessoas obesas são tão saudáveis quanto às de peso normal	2,15 (1,18)	36,2	34,8	11,8	12,2	4,9	71,0	17,1
Pessoas obesas não devem esperar levar uma vida normal	2,03 (1,14)	44,6	24,0	18,1	10,5	2,8	68,6	13,3
Uma das piores coisas que pode acontecer a uma pessoa é tornar-se obesa	2,01 (1,25)	51,9	15,3	16,7	11,5	4,5	67,2	16,0

1. Discordo completamente; 2. Discordo levemente; 3. Não concordo nem discordo; 4. Concordo levemente; 5. Concordo completamente.

### Análise dos dados

As análises foram conduzidas pelo software SPSS 17.0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois USA). O nível de significância foi de  $p < 0,05$ . Para as questões de caracterização são apresentadas as frequências de resposta e dados de média e desvio padrão.

Seguindo o modelo dos trabalhos que inspiraram o presente estudo<sup>5,14</sup>, as respostas foram analisadas por seção, pelo escore médio (segundo pontuação da escala Likert) e frequência de concordância e discordância.

Análises de variância (ANOVA), seguidas de comparações univariadas, foram utilizadas para avaliar diferenças entre as respostas das seções 1, 2 e 3 e as características da população (faixa etária, sexo, estado nutricional, área de atuação profissional).

### Resultados

Os nutricionistas participantes se formaram em mais de 20 diferentes instituições nacionais e internacionais, 20% deles eram formados por

instituições públicas e 80% privadas. Duas tradicionais instituições de São Paulo-Capital responderam por 37,7% do total. O tempo de formação dos participantes variou entre 0 e 35 anos (média 10,6; DP 7,5).

No total, responderam 344 nutricionistas (97,1% mulheres) com idade média de 34,5 anos (DP 8,3) e Índice de Massa Corpórea (IMC) médio de 23,2 Kg/m<sup>2</sup> (DP 3,8). Em relação ao total da amostra, a maior parte (73%), encontrava-se eutrófica, 2,6% em baixo peso, 17,5% em sobrepeso, e 6,7% classificada em obesidade.

A maioria dos profissionais (n = 290; 83,7%) respondeu possuir pós-graduação, principalmente nas áreas de nutrição clínica (70,3%) ou saúde pública (13,8%) – dado esperado conforme *mailing* utilizado pelo CRN-3. Destacou-se a área de atuação em consultório (64,8%), hospitalar (24,1%) e saúde pública (21,2%). A docência foi a resposta de 16,6% dos participantes; administração 15,5%; esportiva 9,9%; marketing 3,5%; e “outros” 16,9% (por exemplo, áreas de pesquisa, consultoria e alimentação escolar).

A Tabela 1 apresenta as respostas para a seção 1 “Fatores envolvidos no desenvolvimento da obesidade”, que avalia as causas atribuídas à obesidade. A Tabela 2 apresenta as respostas dos profissionais aos itens da seção 2, que avaliou as características atribuídas pelos profissionais aos indivíduos obesos. A Tabela 3 apresenta as respostas dos profissionais aos itens da seção 3, que avaliou crenças sobre a obesidade e indivíduos obesos.

Em relação às análises de variância univariadas, não foram encontradas diferenças entre as médias das respostas segundo as características dos nutricionistas.

## Discussão

Esta exploração encontrou resultados que chamam atenção sobre a visão que os profissionais têm sobre a obesidade e seus portadores. Os participantes tinham perfil jovem, eminentemente feminino e eutrófico; atuavam essencialmente em nutrição clínica e saúde pública e eram bem qualificados, a maioria com pós-graduação.

As respostas dos profissionais para os fatores listados como “causas” da obesidade tiveram entre as de maior concordância: 1) inatividade física; 2) alterações emocionais e de humor; 3) vício ou dependência de comida; 4) comer mais que o necessário; 5) comer alimentos inadequados e 6) baixa autoestima.

Pode-se captar destes resultados que os nutricionistas veem a obesidade como um problema comportamental e psicológico, sendo a atividade física sua principal “causa”. Obviamente responder em sua maioria que a inatividade física é um fator extremamente importante na obesidade não é inadequado, o que chama atenção é este fator (assim como alterações emocionais e vício em comida) receber mais respostas “importante” do que outros como alterações metabólico-hormonais, situação financeira e social, e fazer dietas repetidamente.

Foster et al.<sup>5</sup> também encontraram inatividade física e “comer demais” entre as principais respostas. No estudo de Harvey et al.<sup>14</sup> a inatividade física também foi listada como fator causal mais importante para obesidade, seguida de humor, comer “comidas erradas”, dietas repetidas e fatores interpessoais.

Estas crenças sobre a etiologia da obesidade podem influenciar no fato dos obesos serem tradicionalmente responsabilizados por sua condição. Embora claramente fatores comportamentais estejam envolvidos no aumento da prevalência, a interação entre heranças genéticas e fatores ambientais também é fundamental<sup>5,18,19</sup>. Mesmo assim a genética e o aumento da disponibilidade de alimentos estiveram nas últimas posições de importância nas respostas, e a situação financeira/social ficou na última posição, com maior percentual de respostas “pouco importante”.

Foster et al.<sup>5</sup> encontraram a genética em quarto lugar, e Harvey et al.<sup>14</sup> na penúltima posição. A genética pode interferir no uso fisiológico do alimento, porém o aumento da obesidade também tem como base fatores relacionados ao modo como vivemos, o que fazemos e ao meio sociocultural no qual estamos inseridos<sup>20</sup>, que com certeza inclui a disponibilidade de alimentos (considerada a de “menor importância” pelos participantes).

Tal resultado aponta necessidade de visão mais ampla sobre a relação indivíduo-alimento, que foque não somente questões biológicas, mas também quesitos socioculturais e econômicos que influenciam essa relação<sup>21,22</sup>. O estilo de vida atual facilita o desenvolvimento da obesidade, com o aumento do consumo de alimentos processados de alta densidade energética e do sedentarismo<sup>20,23</sup>. Afirma-se que vivemos em um ambiente no qual a comida é “onipresente, conveniente, barata, e na qual se tornou socialmente aceitável comer frequentemente, em qualquer lugar e em grandes quantidades”<sup>24</sup>, e que dado este ambiente “a responsabilidade pessoal não tem chances”<sup>24</sup>.

As diferenças de consumo alimentar em relação à obesidade e *status* socioeconômico são conhecidas<sup>23,25</sup>. Em sociedades desenvolvidas mulheres de classes mais elevadas têm menor índice de obesidade; nessas sociedades, o estigma em relação à obesidade é maior, e há uma tendência a tomada de medidas que evitem o ganho de peso<sup>26</sup>. Por outro lado, países em desenvolvimento tendem a possuir relação direta entre *status* socioeconômico e obesidade na população, uma vez que pessoas de classes sociais inferiores têm menor acesso à comida e maior gasto energético; e ainda, o excesso de peso pode ser visto como sinal de saúde e riqueza<sup>26</sup>. Deve-se, no entanto, ter cautela na generalização desta visão, uma vez que no Brasil as regiões mais desenvolvidas apresentam a mesma relação entre obesidade e *status* socioeconômico dos países desenvolvidos, enquanto outras apresentam a proporção observada em países em desenvolvimento<sup>25</sup>.

Deve-se considerar ainda que a obesidade influencia a trajetória social<sup>23,27</sup>, aumentando a dificuldade de acesso ao ensino superior e promoção profissional<sup>23</sup>. Assim sendo, a estigmatização dificulta a evolução do indivíduo e acaba por marginalizá-lo. A educação se apresenta como fator de proteção contra a obesidade, uma vez que pessoas com maiores níveis de educação apresentam menor taxa de obesidade<sup>28</sup>. Desta forma, encontrar que os participantes deste estudo colocaram em último lugar da lista de fatores relacionados ao desenvolvimento da obesidade (menor número de respostas “importante”) os fatores sociais e financeiros é um resultado preocupante.

Observa-se que grande parte dos nutricionistas considerou “vício/dependência” em comida muito importante no desenvolvimento da obesidade; metade considerou “gostar de comer” muito importante; praticamente 2/3 consideraram a baixa autoestima muito importante; mais da metade acham que a pessoa pode ser obesa por não considerar o excesso de peso um problema e por falta de consciência sobre seu peso; e ainda responderam que a “falta de força de vontade” era muito importante.

Encontrar “vício em comida” entre as respostas com maior concordância merece atenção. Embora sejam conhecidos os efeitos de algumas substâncias em nosso cérebro e mecanismos de compensação dopaminérgica, pensar na comida como droga ou dependência não é adequado; na verdade, o gatilho para o chamado “vício” seria a dieta restritiva<sup>29</sup>. Em muitos estudos de imagem cerebral, os protocolos não excluem a dieta, contudo sabe-se que fome ou privação de alimento

umentam o valor de compensação da comida<sup>30-34</sup>. A composição ou palatabilidade do alimento não necessariamente levam ao “vício em comida”; na verdade, o surgimento do vício seria mais estimulado pelo modo como o alimento palatável é consumido<sup>35</sup>: se a pessoa o consome como recompensa ou durante uma compulsão alimentar<sup>36</sup>.

A resposta frequente para “gostar muito de comer” como “causa” obesidade é enviesada e disfuncional. Comer é uma necessidade vital e diária, como gostar de comer pode ser um problema? Para ter saúde é preciso não gostar de comer? Tal distorção tem como base – entre outros – uma visão de que o “prazer engorda”, e reflete a ideia de que apenas “prazeres moderados” têm lugar na vida saudável<sup>37</sup>. Muitas vezes os alimentos que trazem prazer são relacionados com culpa e proibição, havendo uma oposição entre a comida que traz prazer e a que deve ser consumida na busca pela saúde. A “disciplina” proposta por iniciativas de promoção de saúde acaba por desconsiderar que o sabor dos alimentos (e o prazer em comer) pode ser um fator importante para influenciar a motivação de uma pessoa na mudança comportamental<sup>37</sup>.

Respostas frequentes achando que alguém possa ser obeso por não considerar o excesso de peso um problema e “falta de consciência” são preocupantes e refutáveis. Estudo com mulheres obesas evidenciou que elas tinham muita preocupação com peso e alimentação, queriam muito perder peso, tentaram diversas formas de restrição alimentar (algumas inclusive perigosas) e, mesmo assim, permaneciam obesas e tinham aumento do estresse<sup>38</sup>. Outra avaliação com obesos encontrou que a maioria afirmou pensar constantemente sobre seu peso e como perdê-lo, todos tentaram perder peso muitas vezes, e 15% deles afirmaram que fizeram dieta a vida inteira; eles sentiam-se frustrados porque lhes era constantemente dito o que fazer para emagrecer, mas não recebiam suporte para tanto<sup>39</sup>.

Atribuir a obesidade à falta de consciência sobre a questão é uma visão estigmatizada, assim como dar um peso tão grande a baixa autoestima e a “falta de força de vontade”<sup>40</sup>. A baixa autoestima é comum entre obesos, mas parece ser mais uma consequência da estigmatização do que causa da obesidade<sup>41,42</sup>.

Foster et al.<sup>5</sup> encontraram cerca 1/3 dos respondentes considerando “falta de força de vontade” significativa no desenvolvimento da obesidade, reforçando a percepção de que esta seria um problema comportamental. Alguns profissionais

relacionam a obesidade com uma falta de vontade do paciente de controlar seu estilo de vida<sup>16</sup>. Como a formação do nutricionista tem uma grande ênfase nas bases biológicas das doenças<sup>43</sup>, os profissionais podem não se sentir competentes para lidar com questões comportamentais e psicológicas. Mais ainda, no presente estudo ao colocar nas primeiras posições alterações emocionais e de humor, parece que o nutricionista desloca o problema para uma esfera psicológica – talvez para que outro profissional o “resolva”. Ter uma visão mais ampla sobre a obesidade, também como uma condição comportamental poderia ajudar nas atitudes negativas sobre os obesos<sup>5</sup>; até para que o nutricionista possa trabalhar efetivamente com a mudança de comportamentos.

Com relação às respostas sobre as características atribuídas aos obesos avaliadas na Tabela 2, observa-se que, para a maioria delas, à direção das respostas foi no sentido da qualidade negativa; sendo que aquelas que receberam maior concordância foram: 1) Guloso; 2) Não atraente; 3) Desajeitado; 4) Sem determinação e 5) Preguiçoso.

A maior parte dos escores foi neutro nesta seção, mas deve-se considerar que a resposta pode ter sido influenciada pelo viés do desejo de aceitação social<sup>44,45</sup>. Mesmo respondendo de forma anônima, os participantes podem não ter se sentido a vontade para fazer esta classificação. Atitudes implícitas podem ser diferentes das explícitas, ou seja, ainda que não haja uma atitude negativa direta com relação aos obesos, essas pessoas ainda podem ser relacionadas a características negativas<sup>46,47</sup>. Esses estigmas podem ser encontrados mesmo entre profissionais envolvidos diretamente no tratamento da obesidade, ainda que em menor prevalência do que na população<sup>47</sup>. Em uma pesquisa com especialistas em obesidade, encontrou-se que eles possuíam um preconceito implícito significativo<sup>48</sup>.

De qualquer forma, mais da metade dos participantes deste estudo classificou o obeso como guloso, não atraente e desajeitado. Ainda embora em menor frequência, uma parcela considerou que o obeso tende a ser, inclusive, desonesto. Foster et al.<sup>5</sup> encontraram que mais da metade dos médicos avaliados viam os obesos como não atraentes, feios, desajeitados e condescendentes. Estudo internacional também encontrou que, entre os profissionais que trabalham diretamente com obesos, há associação com estereótipos negativos, como preguiçoso ou estúpido<sup>48</sup>. Essas atribuições refletem no atendimento oferecido, afetando a empatia, vontade de ajudar, otimismo com os resultados e também podem reforçar a

culpa que é atribuída ao paciente por sua condição.

É sabido que o respeito dado pelo profissional é influenciado pelo peso do paciente, sendo que quanto maior o IMC do paciente, menor o respeito do profissional<sup>49</sup>. Uma vez que o obeso está predisposto a problemas físicos e psicológicos, e que essa predisposição é reforçada com o preconceito por seu peso, é fundamental que o relacionamento com o profissional da saúde seja positivo e livre de estigmatizações<sup>3,50</sup>.

Estereótipos preconceituosos são conferidos frequentemente aos obesos<sup>50</sup>. Mulheres obesas que incorporam inconscientemente os estereótipos apresentaram maior frequência de compulsão alimentar e se engajaram menos em tratamentos para emagrecer<sup>51</sup>; ainda, aqueles que se sentem estigmatizados estão mais predispostos a desenvolver comportamento alimentar não saudável, e maior resistência à mudança comportamental<sup>52</sup>. Portanto, o estigma não ajuda obesos a emagrecerem, e os profissionais de saúde devem mudar sua mentalidade, uma vez que a visão negativa pode influenciar o interesse em tratar o paciente.

Avaliações negativas sobre as características dos pacientes podem ser influenciadas pelas experiências pessoais dos profissionais, afetando a condução do tratamento<sup>53</sup>. O preconceito contra a obesidade pode existir mesmo entre profissionais que trabalham com transtornos alimentares, com sensação de desconforto no atendimento e atitudes negativas com os pacientes<sup>52</sup>. Este dado reforça a importância de intervenções educacionais com estudantes e profissionais. A classificação do obeso como uma pessoa infeliz e vítima de preconceitos sociais pode vir por parte de profissionais e pacientes, e há necessidade de uma nova abordagem no tratamento<sup>16</sup>. O profissional necessita desenvolver um vínculo com o paciente para melhor compreendê-lo, o que pode ser dificultado por sua falta de conhecimento da realidade do obeso e pela falta de consideração dos diversos fatores que influenciam a condição do paciente.

A questão da humanização do paciente é abordada nos manuais de atendimento, incluindo aqueles visando o atendimento pelo Sistema Único de Saúde. Os Cadernos de Atenção Básica para obesidade orientam os profissionais da atenção básica a desenvolver sensibilidade ao realizar uma intervenção para perda de peso, sem oferecer tratamento normatizado ou culpar o indivíduo. Recomendam que as questões biológicas e psicossociais ligadas ao corpo e ao comer sejam

relacionadas; e destacam que as políticas de humanização ajudam a criar o vínculo profissional-paciente, aumentando a adesão e a confiança no tratamento<sup>54</sup>. O que falta, portanto, é esta visão na prática e não na teoria.

Analisando as respostas às crenças sobre a obesidade e indivíduos obesos na Tabela 3, observa-se que a maioria concorda que os profissionais da saúde deveriam ser exemplos - mantendo seu peso adequado; discorda que pessoas obesas possam ser tão autoconfiantes quanto às de peso normal; e discorda que pessoas obesas possam ser tão saudáveis quanto às de peso normal.

Esta última discordância, no entanto, é incongruente com a resposta para “existem obesos metabolicamente saudáveis”, cuja maioria concordou. Estudos atestam a evidência de obesos metabolicamente saudáveis<sup>55-57</sup>. Recente metanálise sobre estado nutricional e mortalidade evidenciou ausência de associação positiva entre obesidade grau 1 e mortalidade e associação negativa entre sobrepeso e mortalidade<sup>58</sup>. Se eles podem ser metabolicamente saudáveis, por que não podem ser tão saudáveis quanto os de peso normal? Questiona-se qual conceito de saúde está sendo levado em conta: comportamentos saudáveis e estado clínico saudável, ou determinado peso. Tal achado chama atenção, portanto, para a visão de saúde dos participantes desta pesquisa.

A questão do estigma com relação à responsabilização do obeso aparece novamente quando metade discorda que pacientes obesos estão bem informados sobre os riscos da obesidade à saúde; e quando a maioria respondeu que obesos poderiam alcançar o peso ideal se fossem motivados. A questão psicológica é novamente atestada quando a maioria discorda que “indivíduos obesos não têm mais problemas psicológicos dos que os demais”. Desta forma a obesidade é colocada realmente como um problema de motivação, consciência e falta de empenho.

Harvey et al.<sup>14</sup> encontraram também respostas muito frequentes para obesos serem menos saudáveis que os demais. Além disso, este estudo com nutricionistas verificou que: obesos foram considerados menos propensos a serem trabalhadores bem sucedidos; pessoas se sentiriam menos inclinadas a casar-se com obesos; pessoas se sentiriam desconfortáveis se associadas a obesos; obesos seriam mais propensos a sentirem vergonha de seu peso e não deveriam esperar levar vida normal<sup>14</sup>.

No presente trabalho, uma parcela concorda que obesos são menos bem sucedidos no trabalho, que pessoas de peso normal não se casariam

com obesos, e mais da metade concorda que as pessoas se sentem desconfortáveis em serem associados com obesos. Tais resultados chamam atenção para uma avaliação moral que é feita em relação à obesidade. Devemos tratá-la por suas questões de saúde ou trata-se de um problema moral? A visão do excesso de peso como um problema moral pode ser influenciada pela visão pessoal do profissional, muitas vezes generalizando o excesso de peso como algo essencialmente negativo, que acaba por culpar o indivíduo pela sua condição. Esta visão pode encaminhar o paciente para tratamentos que visam somente à perda rápida de peso, e não uma mudança de comportamento que atenda sua real necessidade<sup>59</sup>.

Chama atenção ainda os níveis de discordância para afirmação “a maioria dos obesos não perderá uma quantidade significativa de peso”; e, embora em menor nível, a parcela que discorda que “uma redução de 10% do peso é suficiente para melhorar complicações de saúde”. No meio do século passado, afirmou-se que “a maioria dos obesos não vai se engajar em tratamentos para obesidade; daqueles que se engajarem, a maioria não vai perder peso; daqueles que perderem, a maioria vai ganhar peso de volta”<sup>60</sup>. Estudos são enfáticos em mostrar baixa taxa de sucesso nos tratamentos para perda de peso, e menos ainda na manutenção do peso perdido<sup>61-63</sup>. Os participantes do presente estudo parecem desconhecer este dado, ou acreditar na dependência da “força de vontade” – como apontado na resposta de que os obesos “podem alcançar o peso ideal se motivados”.

Quanto à redução de 10% do peso corporal, Foster et al.<sup>5</sup> encontraram que 75% dos respondentes concordava com a recomendação consensual de que esta redução no peso é suficiente para melhorar complicações de saúde. Discute-se, no entanto, que os pacientes desejam uma perda de peso muito maior, e que as expectativas irreais não são adequadamente trabalhadas pelos profissionais. Alguns participantes do presente estudo parecem acreditar que podem promover maiores perdas de peso, mesmo quando dão para determinação da obesidade um peso maior aos aspectos comportamentais e psicológicos. E assim voltamos à questão da “força de vontade”.

A formação do nutricionista é falha em estratégias de aconselhamento, mudança comportamental e abordagem da imagem corporal, o que pode se constituir numa limitação importante no tratamento da obesidade de forma holística. O foco em controlar calorias e evitar alimentos específicos ainda permanece como centro da dietoterapia indicada, embora se saiba por observa-



ção ecológica e por pesquisas, que esta estratégia não tem sucesso<sup>64-67</sup>.

Uma visão ampliada sobre alimentação e nutrição levaria a melhor compreensão do paciente e de sua relação com a alimentação<sup>20</sup>. Um olhar diferenciado e não estigmatizado pode evitar que o obeso internalize o preconceito e desenvolva bloqueios que possam dificultar - ou até impedir - que ele receba orientações e tratamento adequados, tornando-os mais vulneráveis a compulsões alimentares e mais resistentes a uma intervenção - provavelmente por perderem a confiança em sua capacidade de perder peso<sup>68</sup>.

A questão da inefetividade das dietas restritivas precisa ser melhor discutida na formação do nutricionista; vários estudos indicam que dietas para perda de peso podem ser não só ineficazes, como também gerar alterações metabólicas e desencadear compulsão alimentar<sup>64,65</sup>. Pessoas que fazem dietas frequentemente possuem mais preocupações e restrições alimentares, tendem a ter distúrbios de imagem corporal<sup>66</sup>; e as dietas restritivas podem servir de “gatilho” para desencadear transtornos alimentares em pessoas geneticamente predispostas<sup>66</sup>.

Este estudo não encontrou diferenças de atitudes de acordo com as características dos profissionais - similar ao trabalho de Foster et al.<sup>5</sup>. Esta análise utilizou os escores das seções, e deve, portanto, ser interpretada com cautela; também outros fatores não investigados podem ter influência nas atitudes analisadas.

Este estudo possui algumas limitações. Por ter sido realizado de maneira exploratória em amostra não probabilística, aqueles que responderam o convite podem ter interesse e visão específicos sobre a obesidade - e os resultados obviamente não podem ser generalizados para o universo de nutricionistas brasileiros; especialmente porque o percentual de nutricionistas do *mailing* do CRN que respondeu a pesquisa foi baixo. As respostas assinaladas podem não corresponder à realidade, sendo modificadas de acordo com a opinião do profissional sobre o que seria moralmente mais aceitável - e deve-se lembrar que práticas relatadas não são iguais às práticas reais. Ainda, as questões aqui utilizadas foram uma adaptação de questões de dois trabalhos similares<sup>5,14</sup>, não constituindo uma escala específica sobre atitudes em relação à obesidade - o que pode ter impedido o achado de associações importantes. Trabalhando com questões fechadas e respostas determinadas, deve-se sempre considerar que os resultados fi-

cam limitados a estas opções - que só poderiam ser ampliadas em estudo qualitativo.

De qualquer maneira, acredita-se que este estudo tem a importância de discutir um tópico pouco explorado no cenário brasileiro, e de relevância no momento atual - uma vez que o número de obesos cresce continuamente, e nossas estratégias de tratamento não têm obtido o sucesso desejado. O conhecimento de trabalhos internacionais sobre o impacto das atitudes dos profissionais de saúde no atendimento de obesos, e os achados da presente pesquisa, têm importantes implicações. Primeiro, os profissionais deveriam estar mais conscientes sobre as causas não comportamentais da obesidade (e habilidade para lidar com as comportamentais); segundo, estar conscientes sobre qualquer estereótipo negativo e errôneo sobre o quadro; e ainda, ter consciência que o preconceito pode estar associado com práticas clínicas inadequadas.

Os resultados clamam, portanto, por uma formação mais humanista, uma discussão ampla e profunda sobre os significados da obesidade além da saúde e atuações mais individualizadas, respeitadas e holísticas para estes pacientes.

## Conclusões

Encontrou-se alta frequência de respostas com tendência de estigmatização e preconceito para com a obesidade por parte de nutricionistas.

Dentre os principais fatores listados como “causas” da obesidade estavam: alterações emocionais e de humor, vício ou dependência de comida, e baixa autoestima. As respostas foram frequentes para considerar o obeso guloso, não atraente, desajeitado, sem determinação e preguiçoso. A culpabilização do paciente e o foco de que o problema poderia ser resolvido com “força de vontade” foram evidenciados nos resultados - com os profissionais respondendo que é desconfortável ser associado a um obeso, e que os obesos poderiam alcançar o peso ideal se fossem motivados.

Este estudo contribui ao discutir um tema delicado que é a estigmatização e preconceito com relação à obesidade, mostra que estas atitudes estão presentes mesmo em profissionais da área da saúde envolvidos no tratamento de pacientes obesos; e aponta a necessidade de maior compreensão deste fenômeno para oferecer terapêutica abrangente e eficaz.

## Colaboradores

GC Cori, MLB Petty e MS Alvarenga participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

## Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
2. Puhl RM, Brownell KD. Confronting and coping with weight stigma: An investigation of overweight and obese adults. *Obesity* 2006; 4(10):1802-1815
3. Puhl RM, Peterson JL, Luedicke J. Motivating or stigmatizing? Public perceptions of weight-related language used by health providers. *Int J Obes (Lond)* 2013; 37(4):612-619.
4. Pearl RL, Puhl, RM, Brownell KD. Positive media portrayals of obese persons: impact on attitudes and image preferences. *Health Psychol* 2012; 31(6):821-829.
5. Foster GD, Wadden TA, Makris AP, Davidson D, Sandersen RS, Allison DB, Kessler A. Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment. *Obes Res* 2003; 11(10):1168-1177.
6. Eagly AH, Chaiken S. *The psychology of attitudes*. Orlando: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers; 1993.
7. Fishbein M, Ajzen I. *Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research*. Massachusetts: Addison-Wesley; 1975.
8. Brandsma LL. Physician and patient attitudes toward obesity. *Eat Disord* 2005; 13(2):201-211.
9. Ferrante JM, Piasecki AK, Ohman-Strickland PA, Crabtree BF. Family physicians' practices and attitudes regarding care of extremely obese patients. *Obesity (Silver Spring)* 2009; 17(9):1710-1716.
10. Harvey EL, Hill AJ. Health professionals' views of overweight people and smokers. *Int J Obes* 2001; 25(8):1253-1261.
11. Poon M-Y, Tarrant M. Obesity: attitudes of undergraduate student nurses and registered nurses. *J Clin Nurs* 2009; 18(16):2355-2365.
12. Greenleaf C, Weiller K. Perceptions of youth obesity among physical educators. *Soc Psychol Educ* 2005; 8:407-423.
13. Oberrieder H, Walker R, Monroe D, Adeyanju M. Attitude of dietetics students and registered dietitians toward obesity. *J Am Diet Assoc* 1995; 95(8):914-916.
14. Harvey EL, Summerbell CD, Kirk SFL, Hill AJ. Dietitians' views of overweight and obese people and reported management practices. *J Hum Nutri Diet* 2002; 15(5):331-347.
15. Teixeira FV, Pais-Ribeiro JL, Maia ARPC. Crenças e práticas dos profissionais de saúde face à obesidade: uma revisão sistemática. *Rev Assoc Med Bras* 2012; 58(2):254-262.
16. Grejanin DKM, Pezzo TH, Nastri V, Sanches VPP, Nascimento DDG, Quevedo MP. As percepções sobre o "ser obeso" sob a ótica dos pacientes e dos profissionais da saúde. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum* 2007; 17(3):37-47.
17. Survey Monkey (2011). *Free online survey & questionnaire tool*. [2011 jul 10]. Disponível em: <http://www.surveymonkey.com>
18. Segal NL, Allison DB. Twins and virtual twins: bases of relative body weight revisited. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2002; 26(4):437-441.
19. Wanderley EN, Ferreira VA. Obesidade: uma perspectiva plural. *Cien Saude Colet* 2010; 15(1):185-194.
20. Johnston FE. The Obesity Culture: a problem of access and excess. In Pasternak C, editor. *Access Not Excess: The Search for Better Nutrition*. Cambs: Smith-Gordon and Company; 2011. p. 121-132.
21. Frozi DS, Elias RC, Fonseca ABC. *Qual é o lugar da multidimensionalidade dos alimentos na formação e prática educativa do nutricionista?* Colóquio Educação, Alimentação e Cultura. Rio de Janeiro: UFRJ; 2010.
22. Monteiro C. The big issue is ultra-processing. *World Nutrition* 2010; 1(6):237-269.
23. Poulain JP. A obesidade e a medicalização da alimentação cotidiana. In: Poulain JP. *Sociologias da alimentação: os comedores e o espaço social alimentar*. Florianópolis: editora da UFSC; 2004. Primeira parte, Capítulo 4. p. 113-148.
24. Nestle M. Food is a political issue. *World Nutrition* 2013; 4(5):270-295.
25. Monteiro CA, Conde WL, Popkin BM. Is obesity replacing or adding to undernutrition? Evidence from different social classes in Brazil. *Public Health Nutr* 2002; 5(1A):105-112.
26. Sobal J, Stunkard AJ. Socioeconomic status and obesity: a review of literature. *Psychol Bull* 1989; 105(2):260-275.
27. Ferreira VA, Silva AE, Rodrigues CAA, Nunes NLA, Viegato TC, Magalhães M. Desigualdade, pobreza e obesidade. *Cien Saude Colet* 2010; 15(1):1423-1432.
28. Monteiro CA, Conde WL, Popkin BM. Independent effects of income and education on the risk of obesity in the Brazilian adult population. *J Nutr* 2001; 131(3):881S-886S.
29. Hoebel BG, Avena NM, Bocarsly ME, Rada P. Natural addiction: a behavioral and circuit model based on sugar addiction in rats. *J Addict Med* 2009; 3(1):33-41.
30. Polivy J, Zeitlin SB, Herman CP, Beal AL. Food Restriction and Binge Eating: A Study of Former Prisoners of War. *J Abnorm Psychol* 1994; 103(2):409-411.

31. Vaca SC, Carr KD. Food restriction enhances the central rewarding effect of abused drugs. *J Neurosci* 1998; 18(18):7502-7510.
32. Stice E, Davis K, Miller NP, Marti CN. Fasting increases risk for onset of binge eating and bulimic pathology: a 5-year prospective study. *J Abnorm Psychol* 2008; 117(4):941-946.
33. Yang Q. Gain weight by “going diet?” Artificial sweeteners and the neurobiology of sugar cravings. *Yale J Biology Med* 2010; 83(2):101-108.
34. Carr KD. Food scarcity, neuroadaptations, and the pathogenic potential of dieting in an unnatural ecology: Binge eating and drug abuse. *Physiol Behav* 2011; 104(1):162-167.
35. Benton D. The plausibility of sugar addiction and its role in obesity and eating disorders. *J Clin Nutr* 2010; 29(3):288-303.
36. Roefs A, Jansen A. Implicit and Explicit Attitudes Toward High-Fat Foods in Obesity. *J Abnorm Psychol* 2002; 111(3):517-521.
37. Jallinoja P, Pajari P, Absetz P. Negotiated pleasures in health-seeking lifestyles of participants of a health promoting intervention. *Health (Lond)* 2010; 14(2):115-130.
38. 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 Obes (Lond)* 2007; 31(5):876-882.
39. Thomas SL, Hyde J, Karunaratne A, Herbert D, Komisaroff 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):321-330.
40. Heinberg LJ, Thompson KJ, Matzon JL. Body image dissatisfaction as a motivator for healthy lifestyle change: Is some distress beneficial? In: Striegel-Moore RH, Smolak L, editors. *Eating disorders: Innovative directions in research and practice*. Washington: American Psychological Association; 2001. p. 215-232
41. Lee L, Shapiro CM. Psychological manifestations of obesity. *J Psychosom Res* 2003; 55(6):477-479.
42. 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):907-916.
43. Canesqui AM, Diez Garcia RW. Ciências sociais e humanas nos cursos de nutrição. In: Canesqui AM, Diez Garcia RW, organizadoras. *Antropologia e Nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 255-274.
44. Crowne DP, Marlowe D. A new scale of social desirability independent of psychopathology. *J Consult Psychol* 1960; 24(4):349-354.
45. Scagliusi FB, Polacow VO, Cordás TA, Polacow VO, Coelho D, Alvarenga M, Philippi ST, Lancha Júnior AH. Tradução da escala de desejo de aceitação social de Marlowe & Crowne para a língua portuguesa. *Rev Psiquiatr Clin* 2004; 31(6):272-278.
46. O’Brien KS, Hunter JA, Banks M. Implicit anti-fat bias in physical educators: physical attributes ideology and socialization. *Int J Obes* 2007; 31(2):308-314.
47. Teachman BA, Brownell KD. Implicit anti-fat bias among health professionals: is anyone immune? *Int J Obes* 2001; 25(10):1525-1531.
48. Schwartz MB, Chambliss HON, Brownell KD, Blair SN, Billington C. Weight bias among health professionals specializing in obesity. *Obes Res* 2003; 11(9):1033-1039.
49. Huizinga MM, Cooper LA, Bleich SN, Clark JM, Beach MC. Physician respect for patients with obesity. *J Gen Intern Med* 2009; 24(11):1236-1239.
50. Puhl RM, Heuer CA. Obesity stigma: important considerations for public health. *Am J Public Health* 2010; 100(6):1019-1028.
51. Puhl RM, Latner JD. Stigma, obesity, and the health of the nation’s children. *Psychol Bull* 2007; 133(4):557-580.
52. Puhl RM, Latner JD, King KM, Luedicke J. Weight bias among professionals treating eating disorders: attitudes about treatment and perceived patient outcomes. *Int J Eat Disord* 2014; 47(1):65-75.
53. Maddox GL, Liederman V. Overweight as a social disability with medical implications. *J Med Educ* 1969; 44(3):214-220.
54. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Obesidade. Cadernos de Atenção Básica*. Brasília: MS; 2006.
55. Kelishadi R, Cook SR, Motlagh ME, Gouya MM, Ardalan G, Motaghian M, Majdzadeh R, Ramezani MA. Metabolically obese normal weight and phenotypically obese metabolically normal youths: the CASPIAN study. *J Am Diet Assoc* 2008; 108(1):82-90.
56. Hamer M, Stamatakis E. Metabolically healthy obesity and risk of all-cause and cardiovascular disease mortality. *J Clin Endocrinol Metab* 2012; 97(7):2482-2488.
57. Després JP. What Is “Metabolically healthy obesity”? From Epidemiology to Pathophysiological Insights. *J Clin Endocrinol Metab* 2012; 97(7):2283-2285.
58. Flegal KM, Kit BK, Orpana H, Graubard BI. Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories. *JAMA* 2013; 309(1):71-82.

59. Mann GV. Obesity, the nutritional spook. *Am J Public Health*. 1971; 61(8):1491-1498.
60. Stunkard AJ McLaren-Hume M. The results of treatment for obesity: a review of the literature and report of a series. *AMA Arch Intern Med* 1959; 103(1):79-85.
61. Garner DM, Wooley SC. Confronting the failure of behavioral and dietary treatments for obesity. *Clin Psychol Rev* 1991; 11(6):729-780.
62. Garner DM, Wooley SC. Dietary treatments for obesity are ineffective. *BMJ* 1994; 309(10):655-656.
63. Institute of Medicine. *Clinical guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults. The Evidence Report*. Bethesda: National Heart, Lung, and Blood Institute; 1998.
64. Hill AJ. Does dieting makes you fat? *Br J Nutr* 2004; 92(Supl. 1):S15-S18
65. Polivy J, Coleman J, Herman CP. The effect of deprivation on food cravings and eating. *Int J Eat Disord* 2005; 38(4):301-309.
66. Racine SE, Burt SA, Iacono WG, McGue M, Klump KL. Dietary restraint moderates genetic risk for binge eating. *J Abnorm Psychol* 2011; 120(1):119-128.
67. Roehrig M, Masheb RM, White MA, Grilo CM. Dieting frequency in obese patients with binge eating disorder: behavioral and metabolic correlates. *Obesity (Silver Spring)* 2009; 17(4):689-697.
68. Puhl RM, Corinne AM, Shwartz MB. Internalization of weight bias: implications for binge eating and emotional well-being. *Obesity (Silver Spring)* 2007; 15(1):19-23.

---

Artigo apresentado em 19/05/2014

Aprovado em 31/07/2014

Versão final apresentada em 02/08/2014