

Atitudes e crenças de profissionais de saúde de um hospital universitário em relação à obesidade

Attitudes and beliefs of health professionals at a university hospital to obesity

Natasha Farias Pitts¹. 

Juliana Raissa Oliveira Ricarte². 

Rayanne Silva Vieira Lima¹. 

Andressa Eslayne Caldas Sales^{1,3}. 

Joseline Maria Alves Gomes Recamonde^{1,3}. 

Priscila da Silva Mendonça^{1,3,4}. 

1 Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, Ceará, Brasil.

2 Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza, Ceará, Brasil.

3 Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), Fortaleza, Ceará, Brasil.

4 Instituto Doutor José Frota (IJF), Fortaleza, Ceará, Brasil.

RESUMO

Objetivo: investigar as atitudes e crenças de profissionais de saúde em relação à obesidade. **Métodos:** estudo de caráter transversal e descritivo, realizado de 2018 com profissionais de saúde do ambulatório de psiquiatria e na Linha de Cuidados em Obesidade de um Hospital Universitário em Fortaleza, Ceará. Foram aplicados o Teste de Atitudes Antigordura (AFAT) e questionário sobre os fatores de desenvolvimento da obesidade. **Resultados:** a amostra foi composta por 61 participantes, com predominância de médicos (31%), enfermeiros (18%) e nutricionistas (16%). O escore médio da AFAT foi de $1,89 \pm 0,80$, sendo mais elevados nas dimensões “Não atratividade física e romântica” ($2,11 \pm 0,93$) e “Controle do peso e culpa” ($2,08 \pm 1,03$). Itens com conotação negativa, como “A maioria dos gordos compra muita besteira (junk food)”, tiveram concordância de 47,5%, revelando presença de estigmatização entre parte dos participantes. Quanto às causas atribuídas à obesidade, destacaram-se alterações metabólico-hormonais (73,8%), fatores emocionais (68,9%), comer em excesso (65,6%), inatividade física (62,3%) e inadequação alimentar (62,3%). **Conclusão:** o estudo evidencia a existência de atitudes estigmatizantes com relação à obesidade entre os profissionais de saúde avaliados, mesmo tratando-se de um setor especializado em tratamento de obesidade.

Palavras-chave: Obesidade. Profissionais de saúde. Estigma de Peso.

ABSTRACT

Objective: To investigate the attitudes and beliefs of health professionals toward obesity. **Methods:** A cross-sectional and descriptive study was conducted in 2018 with health professionals working at the Psychiatry Outpatient Clinic and the Obesity Care Unit of a university hospital in Fortaleza, Brazil. The Antifat Attitudes Test (AFAT) and a questionnaire on perceived causes of obesity were applied. **Results:** The sample consisted of 61 participants, predominantly physicians (31%), nurses (18%), and nutritionists (16%). The mean AFAT score was 1.89 ± 0.80 , with higher values in the domains “Physical and romantic unattractiveness” (2.11 ± 0.93) and “Weight control/blame” (2.08 ± 1.03). Negative items, such as “Most obese people buy a lot of junk food,” had 47.5% agreement, revealing the presence of stigmatizing attitudes among some participants. Regarding the perceived causes of obesity, the most frequently cited factors were metabolic-hormonal alterations (73.8%), emotional or mood-related aspects (68.9%), overeating (65.6%), physical inactivity (62.3%), and inadequate diet (62.3%). **Conclusion:** The study demonstrates the existence of stigmatizing attitudes toward obesity among health professionals, even within a specialized obesity treatment setting.

Keywords: Obesity. Health Personnel. Weight Stigma.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído nos termos da licença Creative Commons CC BY.

Autor correspondente: Andressa Eslayne Caldas Sales, Rua Pastor Samuel Munguba, 1290, Rodolfo Teófilo, Fortaleza, Ceará, Brasil. CEP: 60430-372. E-mail: andressa.sales@ebserh.gov.br.

Conflito de interesses: Não há qualquer conflito de interesses por parte de qualquer um dos autores.

Recebido em: 28 Dez 2023; Revisado em: 09 Set 2024; Aceito em: 10 Fev 2026.

INTRODUÇÃO

A obesidade tornou-se um dos maiores problemas de saúde pública a nível mundial em razão da sua crescente prevalência.¹ De acordo com a ABESO (Associação Brasileira para o Estudo de Obesidade e da Síndrome Metabólica), estima-se que, em 2025, cerca de 2,3 bilhões de indivíduos estarão com obesidade; desses, aproximadamente 700 milhões apresentarão obesidade.² No Brasil, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, observou-se que 60,3% dos indivíduos estavam com excesso de peso.³

A obesidade é reconhecida como uma doença crônica não transmissível, caracterizada pelo acúmulo excessivo ou anormal de gordura corporal que provoca alterações no organismo cuja origem está em causas complexas e multifatoriais, sendo que sua compreensão e análise engloba diferentes interações entre os fatores genéticos, metabólicos, ambientais, comportamentais, sociais, culturais e emocionais que podem realizar possíveis intervenções.^{4,5}

Apesar desse reconhecimento científico, o âmbito da saúde é um dos contextos mais comuns onde ocorre a estigmatização do peso devido a crença de uma corporeidade padrão.^{5,6} Os profissionais de saúde devem estar cientes de suas próprias atitudes e comportamentos em relação aos indivíduos afetados pela obesidade e de como esses estereótipos negativos podem comprometer a qualidade do atendimento em saúde e o engajamento.⁷ O estudo de Moraes e colaboradores⁵ aponta que pessoas com obesidade são frequentemente submetidas a julgamentos mais severos durante consultas, enfrentando desconfiança quanto ao seu autocuidado, disciplina e escolhas alimentares. Pesquisas internacionais também evidenciaram atitudes para com a obesidade entre nutricionistas, enfermeiros, psicólogos, médicos e educadores físicos.⁸⁻¹⁰ Até mesmo especialistas na área podem apresentar preconceitos, como demonstrado pelo estudo dos autores Alvarenga et al,⁷ Silva e Cantisani¹¹ e Roy et al.¹²

Diante desse cenário, torna-se relevante investigar como os profissionais de saúde percebem e lidam com a obesidade em sua prática diária. Compreender essas percepções é essencial, uma vez que elas influenciam diretamente o modo de agir e o vínculo estabelecido com os pacientes. A obesidade é cercada por muitos mitos, ideias reducionistas/simplistas e circunstâncias que podem interferir na eficácia do tratamento. Assim, o presente estudo tem como objetivo investigar as atitudes e crenças relacionadas à obesidade entre os profissionais de saúde de um hospital universitário.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem descritiva. A amostra foi composta por profissionais de saúde, de ambos os sexos, que trabalhavam em um Hospital Universitário em Fortaleza, Ceará. A coleta dos dados ocorreu entre o período de julho a setembro de 2018. O

estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário (CAAE: 91932518.2.0000.5045) e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Foram considerados elegíveis os profissionais do Hospital Universitário atuantes no ambulatório de psiquiatria e/ou na Linha de Cuidado em Obesidade, incluindo médicos, nutricionistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais e educadores físicos. Os participantes deveriam ter idade igual ou superior a 18 anos. Todos os que atenderam a esses critérios foram convidados a participar do estudo.

A abordagem foi feita por contato direto nos dois serviços de saúde e os instrumentos aplicados foram autopreenchidos. A coleta de dados foi feita por meio da escala Teste de Atitudes Antigordura (AFAT), na versão validada para o português por Obara e Alvarenga,¹³ e de um questionário sobre os fatores de desenvolvimento da obesidade.

A AFAT foi desenvolvida em 2017¹⁴ para investigar atitudes negativas em relação à obesidade e indivíduos obesos. Esta escala contempla 34 afirmações que englobam três dimensões das atitudes: depreciação social e de caráter - quinze itens que investigam características socialmente indesejáveis ligados à personalidade e ao desprezo social em relação ao indivíduo com obesidade, não atratividade física e romântica - dez itens que avaliam a percepção de que pessoas com obesidade são desajeitadas e inaceitáveis como parceiros românticos e controle do peso e culpa - nove questões que abordam e refletem as crenças ligadas a culpabilização do sujeito sobre seu peso, em vez de ser influenciado por aspectos biológicos.¹⁴

As afirmações apresentam resposta do tipo *Likert*, que englobam cinco pontos (variando entre “discordo totalmente” a “concordo totalmente”, com escore de 1 a 5, respectivamente), na qual a escolha do escore mais alto reflete atitudes mais negativas em relação à obesidade e aos indivíduos obesos.^{13,15} A pontuação total da AFAT é calculada por meio do somatório dos escores de cada afirmação, dividido por 34 (número de itens da escala); e as pontuações das subescalas seguem o mesmo cálculo através da soma dos escores alcançados em cada dimensão das subescalas dividida pelo número de questões analisadas.

Os participantes responderam também o questionário sobre os fatores envolvidos no desenvolvimento da obesidade, o qual apresenta 18 itens, para que os profissionais de saúde atribuíssem níveis de importância em relação às causas da obesidade, pontuadas de 1 a 5, sendo que o maior escore indica mais estigmatização. Esse ponto foi avaliado utilizando os fatores adaptados e traduzidos dos estudos de Harvey e colaboradores¹⁵ e Foster e colaboradores,¹⁶ além de outros pontos considerados pertinentes conforme o estudo de Obara.¹⁴

Os dados coletados foram tabulados utilizando-se a ferramenta Microsoft Excel para posterior análise descritiva através do software *Statistical Package for the Social Sciences-SPSS*, versão 22.0. As variáveis foram apresentadas por meio de frequência simples, média e desvio padrão (DP).

RESULTADOS

Participaram do estudo 61 indivíduos, os quais apresentaram idade média de $34,4 \pm 11,9$ anos, variando de 22 a 65 anos, sendo a maioria composta por mulheres (81,9%). Com relação à distribuição das profissões, a amostra foi constituída por médicos (31%), enfermeiros (18%), nutricionistas (16%), técnicos de enfermagem (12%), psicólogas (8%), assistentes sociais (7%), fisioterapeutas (5%) e terapeutas ocupacionais (3%).

Considerando as pontuações obtidas da AFAT e suas dimensões, observou-se uma média geral de $1,89 \pm 0,80$. Entre as dimensões avaliadas, destacaram-se “Não atratividade física e romântica” ($2,11 \pm 0,93$) e “Controle do peso e culpa” ($2,08 \pm 1,03$) que apresentaram as maiores médias. A Tabela 1 mostra os resultados da escala e suas dimensões.

A Tabela 2 apresenta o percentual de respostas para cada afirmação da escala AFAT. Os itens relacionados às atitudes positivas em relação à obesidade e indivíduos obesos (afirmações 2, 14, 23, 29, 31 e 34) concentraram os maiores

percentuais de respostas 4 e 5, com exceção do item “Se eu fosse solteiro (a), eu namoraria uma pessoa gorda” que obteve 45,9%. Esse resultado sugere maior concordância dos profissionais com afirmações positivas, indicando menor estigmatização em alguns aspectos avaliados.

Por outro lado, destacaram-se os percentuais mais elevados em afirmações com conotação negativa, como “A maioria dos gordos compra muita besteira (“junkfood”)” (47,5%) e “Se as pessoas gordas realmente quisessem emagrecer, elas conseguiriam” (26,2%). Em contrapartida, parte das afirmações apresentou maior concentração de resposta intermediárias (valor 3), indicando ausência de posicionamento do profissional, como foi o caso da afirmação “Se eu fosse solteiro (a), eu namoraria uma pessoa gorda” que apresentou 41% entre os entrevistados.

A Tabela 3 apresenta, em ordem decrescente, as causas atribuídas à obesidade pelos participantes. Os cinco fatores mais apontados foram: alterações metabólico-hormonais (73,8%), alterações emocionais e de humor (68,9%), comer uma quantidade maior do que a necessária (65,6%), inatividade física (62,3%) e inadequação alimentar (62,3%). Em contraste, fatores como condição socioeconômica desfavorável (37,7%), gostar muito de comer (32,8%), personalidade (29,5%) e falta de força de vontade ou controle (24,6%) foram considerados de menor importância pelos profissionais.

Tabela 1. Médias na pontuação total e por subescalas da Escala de Atitudes Anti-obesidade (AFAT) entre os profissionais de saúde (N=61), Fortaleza, Ceará, 2018.¹⁴

Variável	Média (DP)
AFAT	1,89 (0,80)
Depreciação social e caráter (Questões 6,7,8,9,11,12,14,16,19,20,21,22,23,30,33)	1,62 (0,57)
Não atratividade física e romântica (Questões 2,4,5,10,17,24,26,27,29,31)	2,11 (0,93)
Controle do peso e culpa (Questões 1,3,13, 15,18,25,28,32,34)	2,08 (1,03)

Tabela 2. Distribuição das respostas dos profissionais de saúde (n= 61) de acordo com a Escala de Atitudes Anti-Obesidade, Fortaleza, Ceará, 2018.¹⁴

	Média (DP)	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	1+2 (%)	4+5 (%)
1. Não existe desculpa para ser gordo	1,8 (1,11)	50,8	27,9	6,6	13,1	1,6	78,7	14,8
2. Se eu fosse solteiro (a), eu namoraria uma pessoa gorda*	3,51 (1,17)	8,2	4,9	41,0	19,7	26,2	13,1	45,9
3. A maioria dos gordos compra muita besteira (“junkfood”)	3,13 (1,21)	9,8	26,2	16,4	36,1	11,5	36,1	47,5
4. Pessoas gordas não são atraentes	2,11 (1,10)	37,7	27,9	23,0	8,2	3,3	65,6	11,5
5. Pessoas gordas não deveriam usar em público roupas que mostram demais o corpo	1,98 (1,14)	47,5	19,7	24,6	3,3	4,9	67,2	8,2
6. Se pessoas gordas não são contratadas para um emprego, a culpa é delas mesmas	1,15 (0,40)	86,9	11,5	1,6	0,0	0,0	98,4	0,0

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

Conclusão.

Tabela 2. Distribuição das respostas dos profissionais de saúde (n= 61) de acordo com a Escala de Atitudes Anti-Obesidade, Fortaleza, Ceará, 2018.¹⁴

	Média (DP)	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	1+2 (%)	4+5 (%)
7. Pessoas gordas não se importam com nada além de comer	1,23 (0,58)	83,6	11,5	3,3	1,6	0,0	95,1	1,6
8. Eu perderia o respeito por um (a) amigo (a) que começasse a ficar gordo (a)	1,03 (0,18)	96,7	3,3	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0
9. A maioria das pessoas gordas é chata	1,05 (0,22)	95,1	4,9	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0
10. Eu não acredito que uma pessoa de peso normal se casaria com uma pessoa gorda	1,13 (0,34)	86,9	13,1	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0
11. A sociedade é muito tolerante com as pessoas gordas*	1,51 (0,82)	63,9	26,2	6,6	1,6	1,6	90,2	3,3
12. Quando pessoas gordas fazem exercício, elas parecem ridículas	1,10 (0,35)	91,8	6,6	1,6	0,0	0,0	98,4	0,0
13. A maioria das pessoas gordas é preguiçosa	1,30 (0,49)	72,1	26,2	1,6	0,0	0,0	98,4	0,0
14. As pessoas gordas são tão competentes no seu trabalho quanto qualquer um*	4,34 (1,35)	13,1	0,0	1,6	9,8	75,4	13,1	85,2
15. Se as pessoas gordas realmente quisessem emagrecer, elas conseguiriam	2,39 (1,18)	24,6	41,0	8,2	23,0	3,3	65,6	26,2
16. Ser gordo é pecado	1,13 (0,64)	95,1	1,6	0,0	1,6	1,6	96,7	3,3
17. É nojento ver pessoas gordas comendo	1,08 (0,27)	91,8	8,2	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0
18. Pessoas gordas não têm força e vontade	1,44 (0,90)	75,4	13,1	3,3	8,2	0,0	88,5	8,2
19. Eu prefiro não me relacionar com pessoas gordas	1,21 (0,63)	88,5	3,3	6,6	1,6	0,0	91,8	1,6
20. A maioria das pessoas gordas é temperamental e difícil de lidar	1,33 (0,74)	78,7	14,8	1,6	4,9	0,0	93,4	4,9
21. Se coisas ruins acontecem com pessoas gordas, elas merecem	1,00 (0,00)	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0
22. A maioria das pessoas gordas não consegue manter as coisas limpas e organizadas	1,11 (0,48)	93,4	3,3	1,6	1,6	0,0	96,7	1,6
23. A sociedade deveria respeitar os direitos das pessoas gordas*	4,67 (0,82)	1,6	1,6	8,2	4,9	83,6	3,3	88,5
24. É difícil não encarar as pessoas gordas porque elas são pouco atraentes	1,46 (0,92)	72,1	18,0	4,9	1,6	3,3	90,2	4,9
25. A ideia de que a genética causa obesidade é simplesmente uma desculpa	1,79 (1,06)	54,1	26,2	8,2	9,8	1,6	80,3	11,5
26. Eu não continuaria num relacionamento amoroso se meu (minha) parceiro (a) se tornasse gordo (a)	1,33 (0,84)	82,0	9,8	4,9	0,0	3,3	91,8	3,3
27. Eu não entendo como alguém pode se sentir sexualmente atraído por uma pessoa gorda	1,25 (0,74)	86,9	6,6	3,3	1,6	1,6	93,4	3,3
28. Se as pessoas gordas soubessem quão ruim é sua aparência, elas emagreceriam	1,34 (0,74)	78,7	11,5	6,6	3,3	0,0	90,2	3,3
29. Pessoas gordas têm tanta coordenação motora quanto qualquer outra*	3,80 (1,44)	9,8	14,8	11,5	13,1	50,8	24,6	63,9
30. Pessoas gordas não são higiênicas	1,21 (0,66)	86,9	8,2	3,3	0,0	1,6	95,1	1,6
31. Pessoas gordas deveriam ser encorajadas a se aceitarem como são*	3,46 (1,29)	11,5	9,8	26,2	26,2	26,2	21,3	52,5
32. A maioria das pessoas gordas se prende a qualquer desculpa para estar gorda	2,03 (1,10)	41,0	31,1	13,1	13,1	1,6	72,1	14,8
33. É difícil levar uma pessoa gorda a sério	1,18 (0,64)	91,8	1,6	3,3	3,3	0,0	93,4	3,3
34. Pessoas gordas não necessariamente comem mais que os outros*	3,49 (1,49)	13,1	21,3	6,6	21,3	37,7	34,4	59,0

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

Tabela 3. Distribuição das respostas dos profissionais de saúde (n= 61) sobre os fatores de desenvolvimento da obesidade, Fortaleza, Ceará, 2018.¹⁴

Indicadores	Média (DP)	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	1+2 (%)	4+5 (%)
Alterações metabólicas- hormonais	4,10 (0,86)	0,0	3,3	23,0	34,4	39,3	3,3	73,8
Alterações emocionais e de humor (depressão, ansiedade)	4,05 (0,86)	0,0	1,6	29,5	31,1	37,7	1,6	68,9
Inatividade física	3,97 (0,85)	0,0	0,0	37,7	27,9	34,4	0,0	62,3
Comer uma quantidade maior do que a necessária	3,89 (0,93)	1,6	3,3	29,5	36,1	29,5	4,9	65,6
Comer alimentos inadequados	3,87 (0,91)	1,6	1,6	34,4	32,8	29,5	3,3	62,3
Vício/dependência em comida	3,82 (0,88)	0,0	3,3	39,3	29,5	27,9	3,3	57,4
Baixa autoestima	3,79 (0,89)	0,0	3,3	42,6	26,2	27,9	3,3	54,1
Fatores genéticos	3,77 (0,89)	0,0	4,9	39,3	29,5	26,2	4,9	55,7
Falta de conhecimentos em alimentação e nutrição	3,67 (0,90)	0,00	8,2	37,7	32,8	21,3	8,2	54,1
Fatores extrínsecos (família, amigos, ambiente, mídia)	3,57 (0,86)	1,6	3,3	47,5	31,1	16,4	4,9	47,5
Falta de consciência sobre seu peso	3,56 (1,08)	4,9	9,8	31,1	32,8	21,3	14,8	54,1
Aumento da disponibilidade de alimento, das porções vendidas e consumo de refeições fora do lar	3,54 (0,90)	0,0	9,8	44,3	27,9	18,0	9,8	45,9
Não considerar o excesso de peso um problema	3,54 (1,08)	3,3	13,1	32,8	27,9	23,0	16,4	50,8
Fazer dietas repetidamente	3,38 (1,09)	8,2	6,6	41,0	27,9	16,4	14,8	44,3
Personalidade	3,28 (0,89)	1,6	11,5	57,4	16,4	13,1	13,1	29,5
Situação financeira e social	3,25 (1,02)	6,6	11,5	44,3	26,2	11,5	18,0	37,7
Gostar muito de comer	3,07 (1,08)	9,8	16,4	41,0	23,0	9,8	26,2	32,8
Falta de força de vontade ou controle	2,93 (1,01)	6,6	26,2	42,6	16,4	8,2	32,8	24,6

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

DISCUSSÃO

O presente estudo evidenciou achados relevantes sobre a presença de atitudes estigmatizantes em relação à obesidade entre os profissionais de saúde avaliados, especialmente nas dimensões ‘Não atratividade física e romântica’ e ‘Controle do peso e culpa’ da escala AFAT. Tais achados chamam a atenção por terem sido observados em um contexto de cuidado especializado, no qual seria esperado maior compreensão e acolhimento diante da complexidade da obesidade. Ao mesmo tempo, identificou-se o reconhecimento de fatores metabólico-hormonais e emocionais como causas relevantes da obesidade, sugerindo uma percepção parcial da condição como multifatorial.

As atitudes estigmatizantes em relação a indivíduos com obesidade foram avaliadas em nosso trabalho por meio da escala AFAT, instrumento que foi previamente submetido a um processo de adaptação transcultural para o contexto brasileiro. É importante salientar que a AFAT não possui pontos de cortes definidos para se identificar atitudes

estigmatizantes. Dessa forma, escores mais elevados na escala são utilizados como indicativos de estigmas em relação à obesidade.¹³

Comparando os resultados da AFAT entre os profissionais de saúde observa-se que as maiores médias encontradas foram nas subescalas “Não atratividade física e romântica” (2,11±0,93) e “Controle do peso e culpa” (2,08±1,03). Em outras pesquisas nacionais, que utilizaram o mesmo instrumento, a subescala “Controle do peso e culpa” foi a que obteve a maior média com profissionais enfermeiros,¹⁷ universitários da saúde⁵ e estudantes de nutrição,¹⁴ porém, o público estudado não era, exclusivamente, profissionais de saúde e que trabalhassem diretamente no tratamento da obesidade. O percentual elevado observado na subescala “Controle do peso e culpa” pode estar relacionado à presença, ainda durante a formação acadêmica de profissionais da área da saúde, de crenças que responsabilizam o indivíduo com obesidade sobre seu peso corporal. Este resultado também corrobora com os achados de Tanneberger e Ciupitu-Plath,¹⁸ que utilizaram apenas a subescala “Controle de peso e culpa”

em uma amostra de enfermeiros, revelaram que aqueles que endossam a ideia de que o peso está sob controle individual eram mais propensos a relatar episódios de discriminação de pacientes obesos na prática clínica.

Nesse contexto, pode ser visto que o desafio no modelo assistencial biomédico e no próprio ambiente universitário é a superação da compreensão restrita, centrada exclusivamente na dimensão biológica da obesidade. Avança-se, assim, a necessidade de discutir sobre o papel do profissional frente ao excesso de peso, considerando não apenas os aspectos clínicos, mas também a experiência pessoal com o corpo e problematização sobre as formas de cuidado ampliado em saúde de forma interprofissional.⁵

Já em relação às afirmações da escala AFAT, foi visto que 47,5% entre os entrevistados tem uma visão negativa sobre a afirmação de que “a maioria dos gordos compra muita besteira (*“junkfood”*)”. Esse dado corrobora com os achados de Obara,¹⁴ que encontrou um percentual superior a 70% entre os universitários de nutrição. Essa postura reflete uma visão simplista da obesidade, que ignora a complexidade dos fatores envolvidos, como aspectos genéticos, psicológicos e socioeconômicos, o que pode levar a estigmatização nas abordagens de tratamento à obesidade e a perpetuação de preconceitos em relação aos indivíduos afetados.

A obesidade deve ser encarada como uma doença crônica e multifatorial, cujas causas incluem não apenas uma alimentação inadequada, mas também fatores genéticos, estresse psicológico, privação de sono, desregulação hormonal, uso de medicamentos, entre outros. O peso corporal e a massa gorda são regulados por diversos mecanismos fisiológicos complexos, e não está condicionada apenas à ingestão de alimentos e a má alimentação.¹⁹ Essa visão mais abrangente refuta a crença comum, exposta por 26,2% dos entrevistados no presente estudo, de que “Se as pessoas gordas realmente quisessem emagrecer, elas conseguiriam”.

Outras duas afirmações e seus percentuais de respostas que chamaram atenção foram: “Pessoas gordas não necessariamente comem mais que os outros”, com 59% de respostas positivas e “pessoas gordas deveriam ser encorajadas a se aceitarem como são”, com 52,5% de respostas ‘concordo com a maior parte e concordo totalmente’. Esse aspecto positivo dos entrevistados em considerar que não necessariamente pessoas que convivem com obesidade não comem mais que os outros e encorajamento a essas pessoas obesas a aceitarem o seu corpo podem estar relacionados com o ambiente de trabalho em que esses profissionais entrevistados se encontram, apesar de alguns estudos demonstrarem atitudes negativas direcionadas à obesidade mesmo entre aqueles profissionais envolvidos no tratamento da obesidade.^{15,17,20}

Se por um lado existe esta percepção de estímulo à aceitação do corpo em todas as suas formas e tamanhos,

por outro, percebe-se a valorização social pela magreza, principalmente feminina, pois o corpo magro passa a ser visto como expressão de beleza, atração sexual e de felicidade.²¹ Este grupo passa a ser suscetível a estereótipos e estigmas com relação ao peso, os quais levam a sentimento de culpa, ansiedade e depressão, que induzem a comportamentos inadequados diante da insatisfação corporal.²¹

Juntamente com a avaliação do AFAT, foi realizada a análise das respostas do questionário sobre os fatores para o desenvolvimento da obesidade que permite compreender quais, entre os listados, são considerados mais relevantes. Encontrou-se que os profissionais de saúde julgaram os diferentes fatores que influenciam na gênese da obesidade, sendo que essas respostas apontam os entrevistados com a compreensão de que obesidade é causada por fatores biológicos, comportamentais e psicológicos, ou seja, multifatorial, sendo que as cinco primeiras causas eleitas pelos profissionais de saúde podem ser consideradas menos estigmatizantes ou neutras.

Nossos achados corroboram o estudo de Obara¹⁴ e Cori e seus colaboradores,⁸ pois a “inatividade física”, “comer uma quantidade maior do que o necessário” e “comer alimentos inadequados” foram os fatores apontados pelos entrevistados como os mais importantes na etiologia da obesidade, além das alterações metabólico-hormonais, emocionais e de humor.

Dos cinco, três fatores (inatividade física, comer uma quantidade maior do que o necessário e comer alimentos inadequados), julgados pelos entrevistados, estão relacionados ao comportamento do indivíduo obeso, ou seja, fatores percebidos como controláveis pelo próprio indivíduo. Este achado está alinhado com as evidências de Fruh e seus colegas²² que revelam em seu estudo que indivíduos com obesidade, que vivenciam e internalizam o estigma relacionado ao peso são mais propensos a exibir comportamentos alimentares e de controle de peso não saudáveis, como aumento da compulsão alimentar, frequência alimentar e tamanho das porções, e são menos propensos a se envolver em atividade física.

A inatividade física certamente é um fator importante no desenvolvimento da obesidade, no entanto, é interessante observar que esse fator foi eleito mais importante do que outros fatores como “situação financeira e social” e “fatores extrínsecos (incluindo ambiente, família e mídia)” que figuram posições de menor importância em relação a inatividade física.

É visto que o perfil alimentar da população brasileira nas últimas décadas foi marcado pelo aumento na ingestão de calorias, principalmente associado a um aumento gradativo do consumo de alimentos ultraprocessados.²³ O estudo transversal realizado por Louzada e seus colaboradores,²⁴ utilizando os dados representativos da população brasileira, com 46.164 participantes, mostrou que esses produtos

representam 19,69% da ingestão total de energia dietética dos participantes, e mostrou que esses produtos representam de 19,69% da ingestão total de energia dietética consumida entre 2017-2018.

Além do hábito alimentar, Silva e Padilha²⁵ acrescentam que as atitudes alimentares que determinam o comportamento alimentar são influenciadas por fatores psicológicos, emocionais, sociais, religiosos, econômicos, dentre outros fatores ambientais e internos. Sendo que os fatores ambientais, incluso nos fatores externos presentes no questionário, apesar de sua relevância na etiologia obesidade, ficou em décimo lugar de acordo com a opinião dos profissionais de saúde.

É interessante chamar atenção para o outro fator de que “situação financeira e social” não foi escolhido pelos entrevistados como um item de grande importância. Não considerar a condição socioeconômica como uma questão importante no desenvolvimento da obesidade, por talvez acreditar que o consumo excessivo de alimentos está ligado ao maior poder aquisitivo que permite tal comportamento alimentar; não sendo pelo fato da elevada disponibilidade de alimentos ultraprocessados a um baixo custo.^{24,26}

No presente estudo, um dos fatores apontados como altamente estigmatizantes pelas dez principais respostas eleitas pelos entrevistados foi o “vício/dependência em comida”. Indivíduos que convivem com a obesidade frequentemente são vistos como incapazes de controlar sua vontade em relação à comida, o que reforça um estigma que associa a obesidade a fraqueza e falta de autocontrole.³ Esse estigma é muitas vezes exacerbado pela comparação da obesidade com dependências químicas, como o vício em drogas.²⁷ No entanto, é importante notar que o diagnóstico de ‘vício alimentar’ ainda não é formalmente reconhecido no DSM-5, apesar das evidências sugerirem comportamentos semelhantes aos vícios em transtornos como a compulsão alimentar.²⁸

Segundo Silva e Cantisani¹⁰ considerar a associação do prazer pela alimentação na etiologia da obesidade, não só causa distorção desse conceito, como faz uma associação de culpa ao ato de se alimentar, distorcendo completamente a possibilidade de exploração e qualificação da relação do corpo com o alimento, desconsiderando todos os outros fatores envolvidos nesse processo. Outra associação erroneamente muito comum atribui a “falta de consciência” e a “baixa autoestima” como causa da obesidade, enquanto, na verdade, estas são consequências de estigmatização.

Os fatores relacionados a aspectos emocionais dos indivíduos - alterações emocionais e de humor e baixa autoestima - aparecem entre as dez primeiras respostas como causas importantes na etiologia da obesidade. Observando que a metade dos profissionais de saúde considerou “alterações emocionais e de humor”, “vício/dependência em comida”, “baixa autoestima” e “não considerar o excesso de

peso um problema” como importantes no desenvolvimento da obesidade nos permite concluir que tais crenças podem ser consideradas negativas em relação à obesidade e que possivelmente irão interferir na conduta profissional.

Diante desse contexto, é importante considerar o impacto das crenças, percepções, sensações, representações, ideias e sentimentos daqueles profissionais de saúde que se dedicam ao tratamento e atendimento às pessoas obesas visto que a presença de ideias de crítica e rejeição pode influenciar no tratamento, comprometendo-o, já que não favorece a empatia, a compreensão, o acolhimento e/ou o apoio necessário para uma abordagem adequada no tratamento.²⁹

Entre as limitações deste estudo, destacam-se a recusa de alguns profissionais em participar, o que reduziu o tamanho da amostra e pode ter comprometido sua representatividade, além da predominância de mulheres (81,9%), que limita a generalização dos achados. Também deve ser considerado o possível viés de desejabilidade social, já que os participantes podem ter respondido de forma a transmitir atitudes mais socialmente aceitáveis, reduzindo a expressão de percepções negativas sobre a obesidade.

CONCLUSÕES

O estudo revelou que, entre os profissionais de saúde avaliados, destacaram-se maiores médias nas dimensões “Não atratividade física e romântica” e “Controle do peso e culpa”, refletindo a presença de estigmas relacionados tanto à aparência corporal quanto à responsabilização individual pelo peso. Por outro lado, observou-se também o reconhecimento de fatores biológicos, emocionais e comportamentais como determinantes do excesso de peso, o que reforça a compreensão da obesidade como uma condição multifatorial. Esse paradoxo da coexistência de visões estigmatizantes e de uma percepção ampliada das causas da obesidade ressalta a necessidade de aprofundar debates nos contextos assistenciais.

CONFLITOS DE INTERESSES

Não há conflitos de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Watanabe LM, Navarro AM, Seale LA. Intersection between Obesity, Dietary Selenium, and Statin Therapy in Brazil. *Nutrients*. 2021;13(6):2027.
2. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO). Mapa da Obesidade. São Paulo: ABESO; 2025 [acesso em: 19 set 2025]. Disponível em: <https://abeso.org.br/obesidade-e-sindrome-metabolica/mapa-da-obesidade/>.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2019: Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [acesso em: 09 nov 2023]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf>.
4. Associação Brasileira Para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO). Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2016. São Paulo: ABESO; 2016 [acesso em: 09 nov 2023]. Disponível em: <https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Diretrizes-Download-Diretrizes-Brasileiras-de-Obesidade-2016.pdf>.
5. Moraes MM, Silva AP, Santos GM, Ferreira MM, Araujo DB, Castanho P, et al. Atitudes negativas e estigma social quanto a obesidade entre estudantes de ciências da saúde. *Revista Saúde & Ciência*. 2021;10(1):42-57.
6. Talumaa B, Brown A, Batterham RL, Kalea AZ. Effective strategies in ending weight stigma in healthcare. *Obes Rev*. 2022;23(10):e13494.
7. Alvarenga MD, Obara AA, Takeda GA, Ferreira-Vivolo SR. Anti-fat attitudes of Nutrition undergraduates in Brazil toward individuals with obesity. *Cien Saude Colet*. 2022;27(2):747-760.
8. Cori GC, Petty ML, Alvarenga MS. Atitudes de nutricionistas em relação a indivíduos obesos - um estudo exploratório. *Cien Saude Colet*. 2015;20(2):565-76.
9. Rubino F, Puhl RM, Cummings DE, Eckel RH, Ryan DH, Mechanick JI, et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nat Med*. 2020;26(4): 485-497.
10. Sarwer DB, Gasoyan H, Bass SB, Spitzer JC, Soans R, Rubin DJ. Role of weight bias and patient-physician communication in the underutilization of bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis*. 2021;17(11):1926-1932.
11. Silva BL, Cantisani JR. Interfaces entre a gordofobia e a formação acadêmica em nutrição: um debate necessário. *Demetra*. 2018;13(2):363-380.
12. Roy R, Kaufononga A, Yovich F, Diversi T. The prevalence and practice impact of weight bias among New Zealand registered dietitians. *Nutr Diet*. 2023;80(3):297-306.
13. Obara AA, Alvarenga MS. Adaptação transcultural da Escala de Atitudes Anti-obesidade para o português do Brasil. *Cien Saude Colet*. 2018;23(5):1507-1520.
14. Obara AA. Atitudes de estudantes universitários de nutrição em relação aos indivíduos obesos e à obesidade [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo. 2015. 201p.
15. Harvey EL, Summerbell CD, Kirk SF, Hill AJ. Dietitians' views of overweight and obese people and reported management practices. *J Hum Nutr Diet*. 2002; 15(5): 331-347.
16. Foster GD, Wadden TA, Makris AP, Davidson D, Sanderson RS, Allison DB, et al. Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment. *Obes Res*. 2003;11(10):1168-1177.
17. Geissler ME, Korz V. Atitudes de enfermeiros de equipe da Saúde da Família em relação à obesidade. *Demetra*. 2020;15(1):1-12.
18. Tanneberger A, Ciupitu-Plath C. Nurses' Weight Bias in Caring for Obese Patients: Do Weight Controllability Beliefs Influence the Provision of Care to Obese Patients? *Clin Nurs Res*. 2018;27(4):414-432.
19. Salas XR, Forhan M, Caulfield T, Sharma AM, Raine KD. Addressing internalized weight bias and changing damaged social identities for people living with obesity. *Front. Psychol*. 2019;10:1409.
20. Rubino F, Puhl RM, Cummings DE, Eckel RH, Ryan DH, Mechanick JI, et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nat Med*. 2020;26(4):485-497.
21. Sampaio RM, Barreto FM, Moreira NS. Avaliação do risco de transtornos alimentares em indivíduos com obesidade. *Rev. bras. obes., nutr. emagrecimento*. 2022;16(102):549-555.
22. Fruh SM, Graves RJ, Hauff C, Williams SG, Hall HR. Weight Bias and Stigma: Impact on Health. *Nurs Clin North Am*. 2021;56(4):479-493.
23. Pepe RB, Lottenberg AM, Fujiwara CT, Beyruti M, Cintra DE, Machado RM, et al. Position statement on nutrition therapy for overweight and obesity: nutrition department of the Brazilian association for the study of obesity and metabolic syndrome (ABESO-2022). *Diabetol. Metab. Syndr*. 2023;15(1):124.
24. Louzada ML, Cruz GL, Silva KA, Grassi AG, Andrade GC, Rauber F, et al. Consumo de alimentos ultraprocessados no Brasil: distribuição e evolução temporal 2008–2018. *Rev Saúde Pública*. 2023;57:12.
25. Silva KS, Padilha LL. Perfil nutricional e fatores associados em adultos: análise de dados do inquérito telefônico VIGITEL (2020). *Rev. bras. obes., nutr. emagrecimento*. 2022;16(105):1060-1074.
26. Simões BS, Cardoso LO, Benseñor IJM, Schmidt MI, Duncan BB, Luft VC, et al. Consumption of ultra-processed foods and socioeconomic position: a cross-sectional analysis of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *Cad Saúde Publica*. 2018;34(3):e00019717.
27. Gearhardt AN, Schulte EM. Is Food Addictive? A Review of the Science. *Annu Rev Nutr*. 2021;41:387-410.
28. Adams RC, Sedgmond J, Maizey L, Chambers CD, Lawrence NS. Food Addiction: Implications for the Diagnosis and Treatment of Overeating. *Nutrients*. 2019 Sep 4;11(9):2086.
29. Cordoni JK, Rossaka VK, Reato LF. Percepções dos estudantes da área de saúde sobre a obesidade. *ABCS Health Sci*. 2014;39(3):167-172.

Como citar:

Pitts NF, Ricarte JR, Lima RS, Sales AE, Recamonde JM, Mendonça PS. Atitudes e crenças de profissionais de saúde de um hospital universitário em relação à obesidade. *Rev Med UFC*. 2026;66:92689.