

 Maria Eduarda Geissler ¹

 Vanessa Korz¹

¹ Fundação Universidade Regional de Blumenau, Curso de Nutrição, Departamento de Ciências Farmacêuticas. Blumenau, SC, Brasil.

Correspondência

Vanessa Korz

vanessakorz@yahoo.com.br

Este artigo é proveniente do trabalho de conclusão de curso de título "Atitudes em relação a obesidade de profissionais da Estratégia da Saúde da Família" por autoria de Maria Eduarda Geissler e orientação de Vanessa Korz, apresentado em agosto de 2019, na Fundação Universidade Regional de Blumenau, Blumenau, SC, Brasil.

Atitudes de enfermeiros de equipe da Saúde da Família em relação à obesidade

Attitudes of nurses from the Family Health Team (eSF) towards obesity

Resumo

Introdução: A obesidade é uma doença multifatorial, crônica e um grande problema de saúde pública. Há muitos estigmas e estereótipos empregados à essa patologia e os pacientes obesos são, muitas vezes, considerados preguiçosos, incompetentes e responsáveis pelo seu ganho de peso. Os profissionais de saúde são relatados pelos pacientes como uma das principais fontes de aplicação desse estigma. **Objetivo:** Avaliar as atitudes dos enfermeiros em relação aos indivíduos obesos. **Método:** Foram convidados todos os enfermeiros das 66 equipes de Saúde da Família de Blumenau – SC para a participação na pesquisa. A coleta de dados incluiu a aplicação da Escala de Atitudes Antiobesidade com 34 questões, além de um questionário de entrevista estruturada elaborado pelos autores e auto preenchido com dados sociodemográficos e de saúde, com 14 questões, dentre elas peso e altura relatados pelos participantes para cálculo do Índice de Massa Corporal. **Resultados:** Participaram 42 enfermeiros, com predomínio do sexo feminino, estado nutricional prevalente de sobrepeso e a maioria relatou histórico de sobrepeso ou obesidade. Na Escala de Atitudes Antiobesidade, a maior média foi da subescala 'controle de peso e culpa', havendo associação estatisticamente significativa à afirmação 'a maioria dos gordos compram muita besteira (*junkfood*)' com o fato de os participantes se considerarem com excesso de peso atualmente ($p < 0,05$). **Conclusão:** Os resultados sugerem que os profissionais apresentam algumas atitudes antiobesidade frente a obesidade.

Palavras-chave: Obesidade. Estigma social. Preconceito. Enfermeiras e enfermeiros.

Abstract

Introduction: Obesity is a multifactorial, chronic disease and a major public health problem. There are many stigmas and stereotypes used in this pathology and obese patients are often considered lazy, incompetent and responsible for their weight gain. Health professionals are reported by patients as one of the main sources of application of this stigma. **Objective:** To evaluate nurses' attitudes towards obese individuals. **Method:** All nurses from the 66 Family Health teams in Blumenau - SC were invited to participate in the research. Data collection included the application of the Antifat Attitude Test with 34 questions, in addition to a structured interview questionnaire prepared by the authors and self-completed with sociodemographic and health data, with 14 questions, including weight and height reported by the participants for calculation of the Body Mass Index. **Results:** 42 nurses participated, with a predominance of females, prevalent nutritional status of overweight and most reported a history of overweight or obesity. In the Antifat Attitude Test, the highest average was from the subscale 'Weight Control/Blame' associated with the statement 'most fat people buy too much junk food' with the fact that the participants consider

themselves to be overweight ($p < 0.05$). **Conclusion:** The results suggest that professionals have some anti-obesity attitudes towards obesity.

Keywords: Obesity. Social Stigma. Biases. Nurses.

INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença multifatorial, definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como acúmulo anormal ou excessivo de gordura.¹ Considerada um problema de saúde pública, a obesidade está relacionada ao aumento de doenças crônicas não transmissíveis, além de morbidade psicológica por conta de preconceito, estigma, discriminação, estresse, insatisfação corporal.²⁻⁴

Entretanto, atualmente, há controvérsias em torno da possibilidade de a obesidade realmente ser considerada uma doença, devido a existência de obesos metabolicamente saudáveis, ou seja, indivíduos obesos que não apresentam nenhuma doença secundária convencionalmente relacionada à obesidade. Também há estudos demonstrando que entre obesos saudáveis e obesos não saudáveis, os riscos de doença e morte são menores nos obesos saudáveis, enquanto que entre obesos saudáveis e indivíduos com peso “normal”, os primeiros apresentaram maiores riscos de eventos cardiovasculares, apesar de ambos possuírem o rótulo de “saudáveis”.⁵⁻⁸

Independentemente de a obesidade ser considerada doença ou não, os indivíduos com obesidade são estigmatizados e estereotipados como pessoas preguiçosas, sem força de vontade, incompetentes, sem atrativos físicos e culpados pelo seu excesso de peso, o que impacta na vida e no cotidiano desses sujeitos.⁹⁻¹² Esse panorama pode aumentar o risco de depressão, ansiedade, insatisfação corporal e baixa autoestima, podendo fazer com que o obeso passe a se desvalorizar e aplicar estereótipos negativos a si mesmo.¹³

Esse preconceito ou desvalorização, muitas vezes, se dá por partes dos próprios profissionais da área da saúde, os quais são apontados pelos pacientes como uma das principais fontes de preconceito.¹⁴ Os profissionais de saúde fazem comentários inapropriados, podendo levar os pacientes a se sentirem incompreendidos. Com isso, há afastamento entre os profissionais e os pacientes obesos e, então, apresentam pior resposta no tratamento.¹⁵

Tal estigma se deve à construção social do que é belo, do que é considerado socialmente “normal” e aceitável, criando, assim, padrões de beleza e culto ao corpo. Os indivíduos que não se encaixam nesse padrão corporal pré-estabelecido são isolados e sofrem preconceito, logo, seu corpo o posiciona no espaço social.¹⁶

Considerando a relevância e a atualidade do tema, esta pesquisa é necessária para identificar estereótipos aplicados à obesidade por parte de profissionais da saúde, que são responsáveis pelo atendimento e acompanhamento dos indivíduos obesos. O preconceito, quando presente, pode afetar diretamente o indivíduo e afastá-lo do tratamento.² Por isso, os profissionais da saúde são o público alvo desta pesquisa, que objetivou avaliar as atitudes de enfermeiros em relação à obesidade e relacionar com o perfil sociodemográfico e de saúde desses profissionais.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa transversal e observacional, que foi realizada com enfermeiros (as) das equipes da Saúde da Família (eSF) da cidade de Blumenau – SC, posteriormente a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos com parecer número 3.214.531, e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética: 08987218.0.0000.5370.

Foram convidados a participar todos (as) enfermeiros (as) alocados nas 66 eSF da cidade de Blumenau – SC, perfazendo um total de 66 profissionais convidados. O critério de inclusão adotado foi o (a) enfermeiro (a) aceitar o convite para participar da pesquisa. Após a etapa de seleção de sujeitos, foram coletados dados

sociodemográficos e de saúde auto preenchidos como: idade, sexo, escolaridade, qual eSF trabalha, quanto tempo trabalha na unidade, quanto tempo trabalha como enfermeiro (a), se já teve sobrepeso ou obesidade, qual método utilizou para perda de peso, quantas vezes fez tratamentos para perda de peso, se o (a) participante se considera com sobrepeso ou obesidade atualmente e se possui casos de obesidade na família.

Além disso, foram solicitados o peso, em quilos (kg), e a altura, em metros (m), relatados para posterior cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC). Para a classificação do IMC dos participantes adultos, utilizaram-se os critérios da OMS: IMC <18,5 kg/m² classificado como baixo peso, ≥ 18,5 e < 25 kg/m² classificado como peso adequado, ≥ 25 e < 30 kg/m² classificado como sobrepeso e ≥ 30 kg/m² classificado como obesidade.¹⁷ Para os indivíduos idosos, utilizaram-se os seguintes pontos de corte: IMC ≤ 22 kg/m² classificado como baixo peso, > 22 e < 27 kg/m² classificado como adequado ou eutrófico, e ≥ 27 kg/m², classificado como sobrepeso.¹⁸

Aplicou-se também a Escala de Atitudes Antiobesidade (EAA), que foi desenvolvida por Lewis et al.,¹⁹ e, no Brasil, validada por Obara & Alvarenga.²⁰ A escala contempla 34 itens divididos em três subescalas: 1) 'depreciação social e do caráter', com 15 itens que avaliam a atribuição de características pessoais socialmente indesejáveis e desprezo social em relação aos obesos; 2) 'não atratividade física e romântica', com 10 itens que refletem percepções de que os obesos são desajeitados, não atraentes e inaceitáveis como parceiros românticos; e 3) 'controle do peso e culpa', com 9 itens que avaliam a crença quanto à responsabilidade dos obesos por seu excesso de peso. Para cada item, havia cinco opções de resposta em escala Likert, sendo 'não concordo com nada', 'não concordo com a maior parte', 'nem concordo nem concordo', 'concordo com a maior parte' e 'concordo totalmente'; com pontuação entre 1 e 5. Dentre todos os itens, seis apresentam escala inversa.^{19,20}

Os questionários foram aplicados entre março e junho de 2019, na reunião mensal dos enfermeiros das eSF, a qual faz parte do calendário da Secretaria Municipal de Saúde e com seu conhecimento e consentimento prévio da coleta de dados. Para os enfermeiros não presentes no dia da reunião, realizou-se contato por telefone e/ou por e-mail para convidá-los a participar da pesquisa.

Os dados coletados foram tabulados em duplicata no programa Microsoft Excel®, versão 10, e analisados através de estatística descritiva e inferencial no programa Epi Info®, versão 7. As variáveis quantitativas foram descritas em média e desvio padrão e as variáveis categóricas em frequência absolutas e relativas. Para comparação de dados, após teste de normalidade, utilizou-se teste exato de Fischer e se considerou diferença estatisticamente significativa quando $p < 0,05$.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 42 enfermeiros, a maioria do sexo feminino, com idade média de 46,36±8,27 anos, variando de 27 a 65 anos (Tabela 1). Em relação ao estado civil, os dados predominantes eram casados, com filhos. Quanto à escolaridade, se sobressaiu o nível de pós-graduação/especialização completa. De acordo com a divisão do território por regiões, a região da cidade que teve maior número de participantes foi o bairro Fortaleza, seguida pela região do Garcia e do Centro. O tempo médio de atuação dos enfermeiros na eSF foi de 7,3±6,78 anos, de um total de 19,81±9,08 anos de profissão.

Tabela 1. Dados sociodemográficos de enfermeiros das equipes da Saúde da Família de Blumenau – SC, março/junho de 2019.

Características	N (%) (n=42)
Sexo	
Feminino	38 (90,5%)
Masculino	4 (9,5%)
Estado civil	
Solteiro	12 (28,6%)
Casado/União estável	21 (50,0%)
Separado/divorciado	8 (19,0%)
Viúvo	1 (2,4%)
Filhos	
Sim	33 (78,6%)
Não	9 (21,4%)
Escolaridade	
Curso superior completo	2 (4,8%)
Pós graduação/especialização cursando	10 (23,8%)
Pós graduação/especialização completo	27 (64,3%)
Mestrado completo	3 (7,1%)
Região da cidade da eSF	
Itoupavas	4 (9,5%)
Centro	6 (14,3%)
Escola agrícola	5 (11,9%)
Velha	5 (11,9%)
Badenfurt	4 (9,5%)
Fortaleza	11 (26,2%)
Garcia	7 (16,7%)

Fonte: dados da pesquisa.

A maioria dos participantes relatou histórico de sobrepeso ou obesidade, indicando como métodos mais utilizados para perda de peso a prática de atividade física, fazer dieta por conta própria e realizar acompanhamento nutricional (Tabela 2). Além disso, alguns participantes relataram outros métodos, como acompanhamento com especialidade(s) médica(s) (n=3), programa de emagrecimento em clínicas (n=1), mudança de hábitos (n=1), orientação nutricional (n=1) e 'Tentando controlar carboidratos e gorduras' (n=1).

Tabela 2. Variáveis relacionadas ao sobrepeso/obesidade de enfermeiros das equipes da Saúde da Família de Blumenau – SC, março/junho de 2019.

Características	N (%) (n=42)
Já teve sobrepeso ou obesidade	
Sim	31 (73,8%)
Não	11 (26,2%)
Método utilizado para perda de peso	
Uso de medicamento	10 (23,8%)
Cirurgia	4 (9,5%)
Dieta sem acompanhamento	15 (35,7%)
Nutricionista	15 (35,7%)
Atividade física	20 (47,6%)
Outros	7 (16,7%)
Casos de obesidade na família	
Sim	23 (54,8%)
Não	19 (45,2%)

Tabela 2. Variáveis relacionadas ao sobrepeso/obesidade de enfermeiros das equipes da Saúde da Família de Blumenau – SC, março/junho de 2019. (Cont).

Características	N (%) (n=42)
Hoje se considera com sobrepeso/obesidade	
Sim	26 (61,9%)
Não	16 (38,1%)
Classificação IMC	
Eutrofia	13 (31,0%)
Sobrepeso	19 (45,2%)
Obesidade	10 (23,8%)

Fonte: dados da pesquisa.

Na questão que se referia ao número de vezes que o participante havia realizado tratamento para perda de peso, as respostas variaram de 1 a 10, sendo mais citadas '1 vez' (n=8) e '3 vezes' (n=6). Outras respostas foram 'várias/muitas vezes' (n=3), 'algumas' (n=3) e 'atualmente' (n=1). Alguns participantes relataram histórico de sobrepeso/obesidade, mas não responderam essa pergunta (n=5). A maioria dos enfermeiros citou casos de sobrepeso/obesidade na família, bem como se consideravam com sobrepeso/obesidade no momento da pesquisa, conforme também indica a média de IMC atual de $26,89 \pm 4,5$ kg/m².

Em relação à EAA, a subescala que apresentou maior média foi 'controle de peso e culpa' ($2,29 \pm 0,58$), seguido de 'não atratividade física e romântica' ($1,95 \pm 0,58$) e, por fim, 'depreciação social e do caráter' ($1,32 \pm 0,32$). As afirmações de maiores médias de todo o instrumento foram 'a maioria dos gordos compram muita besteira (*junkfood*)', 'não existe desculpa para ser gordo' e 'se as pessoas gordas realmente quisessem emagrecer, elas conseguiriam', as quais pertencem à subescala 'controle de peso e culpa' (Tabela 3).

Tabela 3. Médias e desvio padrão por itens da Escala de Atitudes Antiobesidade. Blumenau-SC, março/junho de 2019.

Variáveis	Média ± DP
Subescala 'depreciação social e de caráter'	
Se pessoas gordas não são contratadas para um emprego, a culpa é delas mesmas	1,43 ± 0,67
Pessoas gordas não se importam com nada além de comer	1,52 ± 0,67
Eu perderia o respeito por um (a) amigo (a) que comesse a ficar gordo (a)	1,05 ± 0,31
A maioria das pessoas gordas é chata	1,19 ± 0,71
A sociedade é muito tolerante com as pessoas gordas	1,83 ± 0,93
Quando pessoas gordas fazem exercício, elas parecem ridículas	1,29 ± 0,67
As pessoas gordas são tão competentes no seu trabalho quanto qualquer um*	1,76 ± 1,41
Ser gordo é pecado	1,02 ± 0,15
Eu prefiro não me relacionar com pessoas gordas	1,14 ± 0,57
A maioria das pessoas gordas é temperamental e difícil de lidar	1,26 ± 0,50
Se coisas ruins acontecem com pessoas gordas, elas merecem	1,02 ± 0,15
A maioria das pessoas gordas não consegue manter as coisas limpas e organizadas	1,19 ± 0,55
A sociedade deveria respeitar os direitos das pessoas gordas*	1,60 ± 1,21
Pessoas gordas não são higiênicas	1,19 ± 0,55
É difícil levar uma pessoa gorda a sério	1,31 ± 0,72

Tabela 3. Médias e desvio padrão por itens da Escala de Atitudes Antiobesidade. Blumenau-SC, março/junho de 2019. (Cont)

Variáveis	Média ± DP
Subescala 'não atratividade física e romântica'	
Se eu fosse solteiro(a), eu namoraria uma pessoa gorda*	2,76 ± 1,34
Pessoas gordas não são atraentes	2,21 ± 1,24
Pessoas gordas não deveriam usar em público roupas que mostram demais o corpo	2,62 ± 1,31
Eu não acredito que uma pessoa de peso normal se casaria com uma pessoa gorda	1,21 ± 0,52
É nojento ver pessoas gordas comendo	1,14 ± 0,52
É difícil não encarar as pessoas gordas porque elas são pouco atraentes	1,43 ± 0,74
Eu não continuaria num relacionamento amoroso se meu (minha) parceiro (a) se tornasse gordo(a)	1,24 ± 0,66
Eu não entendo como alguém pode se sentir sexualmente atraído por uma pessoa gorda	1,36 ± 0,79
Pessoas gordas têm tanta coordenação motora quanto qualquer outra*	2,57 ± 1,50
Pessoas gordas deveriam ser encorajadas a se aceitarem como são*	2,95 ± 1,34
Subescala 'controle do peso e culpa'	
Não há desculpa para ser gordo	3,00 ± 1,36
A maioria dos gordos compram muita besteira (" <i>junkfood</i> ")	3,40 ± 1,33
A maioria das pessoas gordas é preguiçosa	1,79 ± 1,16
Se as pessoas gordas realmente quisessem emagrecer, elas conseguiriam	2,74 ± 1,13
Pessoas gordas não têm força de vontade	1,50 ± 0,89
A ideia que genética causa obesidade é simplesmente uma desculpa	1,71 ± 0,89
Se as pessoas gordas soubessem quão ruim é sua aparência, elas emagreceriam	1,62 ± 0,96
A maioria das pessoas gordas se prendem a qualquer desculpa para estar gordas	2,33 ± 0,98
Pessoas gordas não necessariamente comem mais que os outros*	2,48 ± 1,33

Legenda: * = afirmações que tiveram pontuação invertida.

Fonte: dados da pesquisa.

Já na subescala de 'não atratividade física e romântica', os itens 'pessoas gordas deveriam ser encorajadas a se aceitarem como são', 'se eu fosse solteiro(a), eu namoraria uma pessoa gorda' e 'pessoas gordas têm tanta coordenação motora quanto qualquer outra' tinham seus *scores* inversos, logo, as médias foram próximas ao 'nem concordo e nem discordo'.

Na análise estatística, após constatar a não normalidade das variáveis, verificou-se associação estatisticamente significativa entre a afirmação 'a maioria dos gordos compram muita besteira (*junkfood*)', pertencente a subescala 'controle de peso e culpa', e a pergunta 'hoje você se considera com sobrepeso ou obesidade?' ($p=0,0096$). Não se encontraram resultados estatisticamente significativos entre o *score* total de EAA e o IMC, e entre as subescalas da EAA, idade e IMC.

DISCUSSÃO

O presente estudo teve a maioria dos participantes do sexo feminino, adultos e com estado nutricional atual de sobrepeso. Os enfermeiros se consideravam com excesso peso no momento da entrevista e possuíam casos de obesidade na família. As atitudes em relação à obesidade mais referidas pelos enfermeiros foram da subescala 'controle de peso e culpa' e a pergunta de maior média foi 'a maioria dos gordos compram muita besteira (*junkfood*)'.

Similarmente, Obara²¹ encontrou maior média no item 'a maioria dos gordos compram muita besteira (*junkfood*)' ($3,66 \pm 1,01$), em uma população de universitários brasileiros. Outros itens também apresentaram médias semelhantes nos dois estudos, destacando-se 'não há desculpa para ser gordo' ($2,43 \pm 1,17$) e 'se as pessoas gordas realmente quisessem emagrecer, elas conseguiriam' ($3,20 \pm 1,24$).²¹ Com menores médias em ambos os trabalhos,²¹ tem-se o item 'se coisas ruins acontecem com pessoas gordas, elas merecem', além de 'ser gordo é pecado'.

Na EAA, Obara²¹ obteve maior média na subescala 'controle de peso e culpa', evidenciando que a culpa pelo excesso de peso é do próprio obeso, assim como na presente pesquisa. Entretanto, Obara²¹ demonstrou diferença de médias entre os sexos, sendo as médias do sexo masculino maiores em todas as subescalas da EAA, enquanto que no atual estudo havia pequeno número de participantes do sexo masculino.

Um estudo realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) analisou a percepção que profissionais da saúde têm em relação ao paciente obeso. Os profissionais da saúde relataram que esses pacientes são tristes e disseram que 'para perder peso é necessário querer', reforçando, assim, o que foi encontrado nessa pesquisa, uma visão de que o indivíduo está nessas condições, pois não consegue se controlar, é relaxado e preguiçoso.¹¹

De forma semelhante, as atitudes de médicos em relação a pacientes obesos foram mais negativas quanto maior o peso apresentado pelo paciente e, conseqüentemente, maior o distanciamento na relação médico-paciente. Metade dos médicos viam os obesos como incômodos, pouco atraentes e feios; um terço os caracterizou como preguiçosos ou descuidados; 9% indicaram os obesos como desagradáveis e 3% como desonestos. Além disso, dentre os fatores que geram relutância dos médicos em tratar a obesidade, há indícios sobre a visão da obesidade como um problema comportamental e como fator mais importante para o desenvolvimento da doença, a inatividade física.¹⁰

Assim como os médicos, os nutricionistas notavam a obesidade como um problema comportamental e psicológico. Os mesmos apontaram a inatividade física como a principal 'causa' da doença, enquanto que fatores como alterações metabólicas-hormonais, situações financeiras e sociais e fazer dietas repetidamente foram elencados como menos importantes.⁹

Apesar de, no presente estudo, os dados terem sido coletados a partir de uma categoria profissional diferente em comparação aos estudos mencionados acima, os enfermeiros pesquisados relataram a atividade física como o método mais utilizado para perda de peso ($n=20$), porém 85% ($n=17$) destes continuavam com excesso de peso. Também apresentaram baixa concordância com os itens 'quando pessoas gordas fazem exercício elas parecem ridículas' e 'a maioria das pessoas gordas é preguiçosa', o que indica a importância do conhecimento dos enfermeiros sobre atividade física e sua relação com a obesidade, além de demonstrar relevância destes profissionais no percurso do tratamento à doença, para resultados bem-sucedidos.

Em relação às discussões acima, portanto, pode-se, ainda, destacar a relevância do papel do profissional de educação física, o qual está inserido na saúde pública na atenção primária, como um importante agente de promoção de saúde e qualidade de vida²² de pacientes obesos. O estudo de Alves Júnior et al.²³ analisou a percepção desses profissionais no combate à obesidade e os mesmos se consideraram responsáveis pela prevenção e combate da doença e promoção de qualidade de vida.

Nessa pesquisa, os resultados indicam que, dentre os enfermeiros que tentaram perder peso, 35,7% ($n=15$) relataram o acompanhamento nutricional e que a mesma frequência realizou dieta sem acompanhamento. Araújo, Pena & Freitas²⁴ encontraram métodos de perda de peso similares ao presente

estudo, porém referidos por nutricionistas obesos, como o uso de medicamentos, dietas da moda e acompanhamento com profissionais (médicos, nutricionistas, entre outros).

A relação da alimentação com a obesidade é discutida, na literatura, com alguns estudos associando o consumo de alimentos não saudáveis, como *'junkfood'* e *'fastfood'*, com sobrepeso e/ou obesidade,^{25,26} demonstrando a má alimentação como uma das causas e a alimentação saudável como parte do tratamento da obesidade. Contudo, deve-se considerar a obesidade como uma doença multifatorial, incluindo como causas a genética, a privação do sono, o estresse psicológico, a desregulação endócrina, os medicamentos, entre outros. Logo, a obesidade não está condicionada apenas à má alimentação e pouco exercício físico, já que o peso corporal e a massa 'gorda' são regulados por diversos mecanismos fisiológicos.^{27,28} No atual estudo, a pergunta que obteve maior média na EAA foi 'a maioria dos gordos compram muita besteira (*junkfood*)', podendo evidenciar uma visão simplista da obesidade.

Resultados similares à presente pesquisa foram evidenciados em estudo com profissionais da saúde em uma UBS. Os profissionais citaram que a falta de 'força de vontade' atrapalha no tratamento de perda de peso e que o paciente obeso se encontra nessa condição devido a sua incapacidade de se controlar. Ademais, o obeso era visto como relaxado e preguiçoso e que, por questões morais, deveria aceitar as condutas impostas pelos profissionais da saúde.¹¹ Essa culpabilização do obeso foi observada no atual estudo, que obteve como maior média a subescala referente a culpa do próprio indivíduo pelo excesso de peso.

Em um hospital público, enfermeiras descreveram o significado de cuidar de pacientes obesos, evidenciando a presença de julgamento "(...) quando está acima do peso, muito acima do peso, muito acima do peso ideal. Está além da capacidade dele. Ser obeso é visível. Julgamos o que vemos (E5)" (p.153). Além disso, as enfermeiras relataram que esses pacientes 'dão trabalho' e o tratamento da obesidade necessita de um trabalho em equipe.²⁹

Corroborando, uma revisão sistemática mostrou que médicos consideravam o tratamento de obesos como uma tarefa 'não fácil' e demonstravam baixas expectativas em relação aos resultados do tratamento e das condutas adotadas. O mesmo trabalho enfatizou que a falta de conhecimento destes profissionais em relação à obesidade pode favorecer atitudes negativas diante de pacientes obesos, prejudicando o sucesso do tratamento e aumentando as crenças em relação aos obesos como desmotivados, preguiçosos e sem autocontrole.³⁰

Atitudes negativas em relação a obesidade também foram verificadas em profissionais médicos, enfermeiros e nutricionistas, em Portugal. Os médicos se mostraram impotentes na adesão dos pacientes ao tratamento, com baixa expectativa de sucesso e designavam poucos esforços para incentivar a mudança de estilo de vida dos pacientes, pois achavam 'perda de tempo'. Mesmo apresentando atitudes negativas, os enfermeiros e os nutricionistas se demonstraram preocupados com a epidemia da obesidade e assumiram uma postura de educadores e motivadores para os pacientes obesos, posicionando-se de forma ativa na mudança de hábito e adesão ao tratamento.³¹ Da mesma forma, outra revisão integrativa também encontrou estigma relacionado à obesidade por parte de profissionais da saúde, como médicos, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos e educadores físicos, bem como estudantes de medicina e educação física.³²

A falta de compreensão da obesidade, em algumas narrativas reducionistas, na saúde e na sociedade, fomenta a ideia de que a obesidade se dá pela má alimentação e falta de exercícios físicos e de que é culpa do indivíduo estar nessa condição. Este panorama afeta a autoimagem que o indivíduo constrói, além de prejudicar sua autoestima, autoconfiança, gerando sentimento de culpa, vulnerabilidade, estresse, depressão e, inclusive, pensamentos suicidas.^{27,28}

A pressão social e a aplicação de estereótipos aos obesos não os ajuda no autocuidado em saúde. Pelo contrário, pesquisas mostram que o emprego desses estereótipos pode piorar a condição emocional e o tratamento da doença.^{33,34} Além disso, o estigma, quando presente, pode marginalizar o obeso e gerar desigualdades sociais e de saúde.³⁴

Ao avaliar a percepção do paciente obeso sobre si mesmo, estes relataram se sentir doentes, com excesso de peso e com baixa autoestima; sofrer de depressão e ansiedade e; que o ato de comer era considerado um alívio para as situações desagradáveis que enfrentavam por conta da exclusão social.⁷

Dados norte-americanos revelaram que 72% das imagens e 77% dos vídeos veiculados na mídia estigmatizam indivíduos com obesidade,⁴ sendo que as mulheres sofrem maior estigmatização do que os homens e mais problemas psicológicos associadas a alimentação.³⁵ Os anúncios e as revistas mostram sempre mulheres felizes, magras e impõe um padrão de beleza.³⁶

A maior parte dos participantes do presente estudo eram mulheres e uma das enfermeiras respondeu como método de perda de peso, 'tentando controlar carboidratos e gorduras', o que pode caracterizar a influência da mídia. Esta veicula informações sobre como alcançar os padrões considerados ideais, envolvendo até práticas abusivas justificadas por questões estéticas.³⁷

Com a presença de estigma do peso e os seus impactos negativos sobre a saúde dos obesos, este deve ser considerado como um dos principais determinantes sociais de saúde. Diante disso, os profissionais da saúde têm a responsabilidade de atuar na redução do estigma no cuidado em saúde e nos sistemas sociais. Como estratégias, pode-se destacar a promoção da educação sobre as múltiplas causas da obesidade (sociais, culturais, psicológicas e biológicas), afim de evitar abordagens reducionistas acerca dessa condição de saúde para melhorar a qualidade de vida e bem-estar dos indivíduos com obesidade.³⁵

O presente estudo possibilitou avanços para o meio científico por ser inovador ao aplicar a escala EAA em profissionais de saúde (enfermeiros) no Brasil. Ainda, é importante para a saúde pública, já que é demonstrado que a presença de atitudes antiobesidade expressas por profissionais podem prejudicar a adesão e o seguimento do tratamento do paciente obeso. Como limitações da pesquisa, têm-se a veracidade das respostas dos enfermeiros (as), considerando a ótica das experiências daqueles (as) que são ou foram obesos e aqueles (as) sem presença ou histórico de sobrepeso/obesidade; o tamanho amostral reduzido e a prevalência de participantes do sexo feminino, não possibilitando conhecer a percepção dos profissionais do sexo masculino; contudo são achados relevantes. Sugere-se a realização de estudos futuros com maior tamanho amostral, incluindo número similar de participantes de ambos os sexos, além de confrontar as atitudes antiobesidade dos profissionais de saúde com a percepção dos pacientes obesos sobre o atendimento recebido destes profissionais.

CONCLUSÃO

Os dados obtidos demonstraram as atitudes antiobesidade de enfermeiros em relação a obesidade, responsabilizando o indivíduo pelo seu excesso de peso de acordo com suas escolhas, além do estigma de que indivíduos obesos compram alimentos de má qualidade nutricional. Esse tipo de estigma permite julgamentos morais que podem refletir em diversos aspectos da vida do obeso.

Por esse motivo, é importante que as equipes de saúde entendam os mecanismos do estigma e estejam atentos para evitar a reprodução do mesmo no cotidiano. Para que os profissionais compreendam a complexidade da obesidade, propõe-se a sensibilização dos mesmos para desenvolvimento de um olhar

mais humanizado e holístico acerca da condição da obesidade, ainda mais pela eSF ser a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS).

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: World Health Organization. Geneva: WHO Technical Report Series, 894; 2000. ISSN 0512-3054.
2. Obara AA, Vivolo SRGF, Alvarenga MS. Preconceito relacionado ao peso na conduta nutricional: um estudo com estudantes de nutrição. *Cad. Saúde Pública*. 2018;34(8). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00088017>.
3. Puhl RM, Moss-Racusin CA, Schwartz MB. Internalization of weight bias: Implications for binge eating and emotional well-being. *Obesity*. 2007;15(1):19-23. <https://doi.org/10.1038/oby.2007.521>.
4. World Health Organization. Weight bias and obesity stigma: considerations for the WHO European Region. Copenhagen (Dinamarca);2017.
5. Johnson W. Healthy obesity: time to give up the ghost? *Ann Hum Biol*. 2018;45(4):297-298. <https://doi.org/10.1080/03014460.2018.1444789>.
6. Johnson W, Bell JA, Robson E, Norris T, Kivimäki M, Hamer M. Do worse baseline risk factors explain the association of healthy obesity with increased mortality risk? Whitehall II Study. *Int J Obes*. 2019;43:1578-1589. <https://doi.org/10.1038/s41366-018-0192-0>.
7. Kuk JL, Rotondi M, Sui X, Blair SN, Arden CI. Individuals with obesity but no other metabolic risk factors are not at significantly elevated all-cause mortality risk in men and women. *ClinObes*. 2018;8(5):305-312. <https://doi.org/10.1111/cob.12263>.
8. Jung CH, Lee WJ, Song Kee-Ho. Metabolically healthy obesity: a friend or foe? *Korean J Intern Med*. 2017;32(4):611-621. <https://doi.org/10.3904/kjim.2016.259>.
9. Cori GC, Petty MLB, Alvarenga MS. Atitudes de nutricionistas em relação a indivíduos obesos: um estudo exploratório. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2015;20(2):565-576. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015202.05832014>.
10. 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):1168-77. DOI:10.1038/oby.2003.161
11. Grejanin DKM, Pezzo TH, Natri V, Sanches VPP, Nascimento DDG, Quevedo MP. As percepções sobre o "ser obeso" sob a ótica do paciente e dos profissionais da saúde. *RevBrasCrescimento Desenvolv Hum*. 2007;17(3):37-47. ISSN 0104-1282.
12. 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. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302012000200024>.
13. Pearl RL, Wadden TA, Hopkins CM, Shaw JA, Hayes MR, Bakizada ZM, et al. Association between weight bias internalization and metabolic syndrome among treatment-seeking individuals with obesity. *Obesity*. 2017;25(2):317-322. <https://doi.org/10.1002/oby.21716>
14. Puhl RM, Heuer CA. The stigma of obesity: a review and update. *Obesity*. 2009;17(5):941-964. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.636>
15. Lima CT, Ramos-Oliveira D, Barbosa C. Aspectos sociocognitivos da obesidade: Estereótipos do excesso de peso. *Psic., Saúde & Doenças*. 2017;18(3):681-698. <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180305>.
16. Santos MA, Garcia RWD, Santos ML. A sujeição aos padrões corporais culturalmente construídos em mulheres de baixa renda. *Demetra*. 2015;10(4): 761-774. <https://doi.org/10.12957/demetra.2015.16117>
17. World Health Organization. Physical Status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva, Switzerland: WHO.WHO Technical Report Series. 1995;854:312-345.
18. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care*. 1994;21:55-67.
19. Lewis RJ, Cash TF, Jacob L, Bubb-Lewis C. Prejudice toward fat people: The development and validation of the Antifat Attitudes Test. *Obes Res*. 1997;5:297-307. <https://doi.org/10.1002/j.1550-8528.1997.tb00555.x>.
20. Obara AA, Alvarenga MS. Adaptação transcultural da Escala de Atitudes Antiobesidade para o português do Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2018;23(5):1507-1520. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018235.17252016>.

21. Obara AA. Atitudes de estudantes universitários de nutrição em relação aos indivíduos obesos e à obesidade. Tese de Doutorado. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2015. doi:10.11606/D.6.2015.tde-07102015-130804.
22. Silva JM, Figueiredo Júnior JM. A atuação da educação física no âmbito da saúde pública: Uma revisão sistemática. *Rev. brasileira de educação e saúde*. 2015;5(1):75-86. ISSN2358-2391.
23. Alves Júnior TA, Fernandes JJA., Silva CS, Sousa A, Carvalho ABL, Silva IZF et al. Auto-percepção do papel do profissional de educação física no combate à obesidade: um estudo piloto. *Motri*. 2016;12(Suppl1):30-41. ISSN 1646-107X.
24. Araújo KL, Pena PGL, Freitas MCS. Sofrimento e preconceito: trajetórias percorridas por nutricionistas obesas em busca do emagrecimento. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2015;20(9):2787-2796. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015209.07542014>.
25. Sagar AM, Baghel DS, Singh S, Singh A, Chaudhary AK, Chopra S, et al. An survey on obesity stigma and its assessment with update: a review. *Plant Archives*. 2019;19(2):2153-2161. ISSN 0972-5210
26. Mansouri-Tehrani MM, Hashemi-rad SR, Hajiha T, Mousavian SA, Rezazadeh A. Association of junk food consumption with overweight-obesity among preclinical medical students of Shahid Beheshti University of Medical Sciences. *SDH*. 2019;5(1):2-10.<https://doi.org/10.22037/sdh.v5i1.24287>
27. Rubino F, Puhl, RM, Cummings DE, Eckel RH, Ryan DH, Mechanick JI et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. 2020;1-13.<https://doi.org/10.1038/s41591-020-0803-x>
28. 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;26(10).<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01409>
29. Marques ES, Melo GC, Santos RM. O significado de cuidar do paciente obeso para um grupo de enfermeiras. *Rev. Eletr. Enf*. 2014;16(1):151-60. <https://doi.org/10.5216/ree.v16i1.20658>.
30. 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. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302012000200024>.
31. Teixeira FV; Pais-Ribeiro JL, Maia A. Obesidade: semelhanças no discurso dos médicos de família, nutricionistas e enfermeiros. In: Atas do 10º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde. 2014;145-150. DOI:10.13140/2.1.2315.9683.
32. Rodrigues DC, Guedes GC, Oliveira JLC. Estigmas dos profissionais de saúde frente ao paciente obeso: uma revisão integrativa. *HU Revista*. 2016;42(3).<https://doi.org/10.34019/1982-8047.2016.v42.2497>
33. Schvey NA, Puhl RM, Brownell KD. The impact of weight stigma on caloric consumption. *Obesity*. 2011;19(10):1957-1962. <https://doi.org/10.1038/oby.2011.204>
34. Link B, Hatzenbuehler ML. Stigma as an unrecognized determinant of population health: research and policy implications. *J Health Polit Policy Law*. 2016;41(4):653-73. <https://doi.org/10.1215/03616878-3620869>.
35. Boswell RG, White MA. Gender differences in weight bias internalisation and eating pathology in overweight individuals. *Adv Eat Disord*. 2015;3(3):259-268. <https://doi.org/10.1080/21662630.2015.1047881>.
36. Costa MF, Soares JC. Mulheres em revista: representação corporal no imaginário social. *Demetra*. 2016;11(supl.1):1171-1184. DOI:10.12957/demetra.2016.20765.
37. Araújo LS, Coutinho MPL, Araújo-Morais LC, Simeão SSS, Maciel SC. Preconceito frente à obesidade: representações sociais veiculadas pela mídia impressa. *Arq. bras. psicol*. 2018;70(1):69-85. ISSN 1809-5267.

Colaboradores

Geissler ME e Korz V participaram de todas as etapas, desde a concepção do estudo até a revisão da versão final do artigo.

Conflito e Interesses: As autoras declaram não haver conflito de interesses.

Recebido: 22 de outubro de 2019

Aceito: 06 de maio de 2020