

Preconceito relacionado ao peso na conduta nutricional: um estudo com estudantes de nutrição

Weight bias in nutritional practice: a study with nutrition students

Prejuicios relacionados con el peso en la conducta nutricional: un estudio con estudiantes de nutrición

Angélica Almeida Obara ¹
Sandra Roberta Gouvea Ferreira Vivolo ¹
Marle dos Santos Alvarenga ¹

doi: 10.1590/0102-311X00088017

Resumo

A obesidade está relacionada a problemas psicossociais como estigma, discriminação e preconceito. Estudos verificaram que nutricionistas e estudantes de nutrição apresentam atitudes negativas e preconceito em relação aos indivíduos com obesidade. O estudo avaliou a existência de preconceito em relação aos indivíduos obesos por parte de estudantes de nutrição. Os estudantes responderam aos questionários por meio de preenchimento de formulários on-line – dados demográficos, peso e altura autorreferidos; em seguida foram direcionados para um de quatro casos hipotéticos – sorteados aleatoriamente – de um paciente referenciado a um nutricionista após receber o diagnóstico de intolerância à lactose (sexo masculino e eutrófico; sexo feminino e eutrófica; sexo masculino e obeso; e sexo feminino e obesa). Com exceção do peso, do índice de massa corporal (IMC) e do consumo energético diário, todas as informações relativas à dieta, hábitos de vida e condições de saúde eram idênticas para os perfis do mesmo sexo. Incluíram-se questões relativas à indicação de procedimentos e condutas durante a consulta, tempo de atendimento, estratégias de aconselhamento, avaliação da dieta e da saúde, e reações afetivas e comportamentais. Participaram 335 estudantes, prioritariamente mulheres, com IMC médio de 23kg/m². O peso do paciente influenciou o tempo de atendimento, percepções, condutas e estratégias de tratamento, com a identificação de preconceitos e atitudes negativas principalmente relacionadas às percepções e reações dos estudantes diante dos pacientes com obesidade, sendo que a mulher com obesidade recebeu piores avaliações no geral.

Preconceito; Obesidade; Estudantes; Nutricionistas

Correspondência

A. A. Obara
Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
Av. Dr. Arnaldo 715, São Paulo, SP 01246-904, Brasil.
ge_angelica@hotmail.com

¹ Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.



Introdução

A obesidade é um importante problema de saúde pública, não apenas devido ao risco aumentado para doenças cardiometabólicas, mas também problemas psicossociais como a insatisfação corporal, transtornos alimentares, estigma, discriminação e preconceito ^{1,2}.

O preconceito em relação à obesidade engloba atitudes (sentimentos, estereótipos, atributos), crenças e comportamentos contrários ao indivíduo percebido como obeso ou “gordo” ^{3,4}. Por sua vez, o estigma é definido como um atributo negativo conferido a um indivíduo, que por meio de relações entre determinados atributos e estereótipos (componente cognitivo do estigma) sofre discriminação ⁵ – manifestação comportamental do preconceito, mesmo que de maneira inconsciente. O preconceito seria ainda o componente afetivo do estigma ⁴.

O termo “*weight bias*” ^{6,7,8,9,10,11,12}, traduzido como “preconceito relacionado ao peso”, vem sendo atribuído ao preconceito em si (componente atitudinal), aos estereótipos (componentes relacionados às crenças acerca da etiologia e manutenção da obesidade) e à discriminação – manifesta por ações e comportamentos ^{4,10}.

Estudos apontam que a discriminação e o preconceito em relação ao peso são recorrentes em diversos países ¹¹ e estão em crescimento ¹³. O estigma é empregado com frequência como uma ferramenta de controle social com a justificativa de desencorajar comportamentos não saudáveis e melhorar a saúde dos indivíduos com obesidade estigmatizados, que são responsabilizados pelo seu excesso de peso ^{14,15,16}. Porém, na verdade, verifica-se elevação dos índices de obesidade na presença de estigma, acompanhado de aumento da compulsão alimentar e vulnerabilidade à depressão, de baixa autoestima, ansiedade e de menores níveis de atividade física entre os indivíduos estigmatizados por seu peso ¹⁴. Esses são, ainda, menos propensos a procurar os serviços de saúde de maneira preventiva, apresentam os piores resultados em programas de redução de peso ¹⁷ e quando internalizam o preconceito estão sujeitos a um maior risco cardiometabólico ¹⁸.

Os profissionais de saúde são citados pelos indivíduos obesos como uma das mais recorrentes fontes de preconceito. Esses reportam à ocorrência de comentários inapropriados e desrespeitosos, além de se sentirem incompreendidos ¹⁹. Nutricionistas estão entre os profissionais citados ^{20,21}, e mesmo entre aqueles especializados no tratamento da obesidade pode haver altos índices de preconceito ⁶. Similarmente, são relatadas atitudes negativas e preconceito com o indivíduo obeso por estudantes de graduação em nutrição ^{8,20,22}, o que é preocupante considerando-se que irão atuar no tratamento da obesidade nos diversos níveis de atenção à saúde.

Alguns estudos exploraram as atitudes de estudantes de nutrição ^{8,9,20,22}, incluindo avaliação de atitudes diante de casos ou consultas simuladas com pacientes com obesidade ^{8,23,24}. No Brasil, há estudos que exploraram a questão do estigma e do preconceito relacionados ao peso sob a ótica do indivíduo com obesidade por meio de metodologias qualitativas ^{25,26,27}, também há um estudo transversal que investigou a ocorrência de discriminação autorrelatada por adolescentes de um estudo de coorte ²⁹, uma revisão sistemática sobre as crenças e práticas dos profissionais de saúde face à obesidade (que não inclui nenhum estudo realizado no Brasil) ²⁹, e apenas um estudo qualitativo que analisou a perspectiva de profissionais de saúde e pacientes para com a obesidade ³⁰. Na temática do preconceito com relação à obesidade entre nutricionistas, há um único trabalho que verificou a opinião dos nutricionistas em relação aos fatores envolvidos no desenvolvimento da obesidade e nas características atribuídas às pessoas obesas ^{31,32}.

Considerando-se a relevância do tema, a importância da atuação do nutricionista no tratamento da obesidade e a carência de investigações que contribuam para a identificação e compreensão do preconceito relacionado ao peso entre profissionais e estudantes da área da saúde no Brasil, o objetivo do presente trabalho foi avaliar a existência de preconceito em relação aos indivíduos obesos por estudantes de nutrição, por meio da análise da influência do peso corporal do indivíduo nas condutas nutricionais, percepções e avaliação de aspectos da saúde de um caso hipotético de intolerância à lactose (problema sem relação com o estado nutricional).

Métodos

Este trabalho esteve inserido no projeto *Estudo de Saúde de Nutricionistas – NutriHS*, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) – cujo detalhamento dos objetivos e métodos foi previamente publicado ³².

A pesquisa foi divulgada para estudantes de graduação em nutrição de faculdades e universidades públicas e privadas do Estado de São Paulo, após a anuência das instituições e por meio da Internet, em redes sociais e página da FSP/USP. Os critérios de inclusão foram idade entre 18 e 40 anos e estar cursando graduação em nutrição. O NutriHS foi aprovado pelo Comitê de Ética Institucional, atendendo às recomendações da *Resolução nº 196/1996* do Conselho Nacional de Saúde ³³, e os participantes consentiram eletronicamente em participar antes de iniciarem o preenchimento dos instrumentos do estudo.

O tamanho da amostra foi calculado considerando-se tamanho de efeito de 15% e poder de 80%, o que resultou em tamanho amostral de 218 que, somado à possível perda de 15%, deveria totalizar 251 estudantes.

Ao acessar a pesquisa *on-line* o estudante respondia aos dados demográficos (sexo, data de nascimento, cor da pele, período da graduação, estado civil, nível de escolaridade do pai ou responsável, renda familiar, tipo de instituição de ensino), peso e altura autorreferidos, além de outros dados relativos à história pregressa de vida. Dados antropométricos foram utilizados para a classificação do estado nutricional pelo índice de massa corporal (IMC; peso/altura²), segundo a Organização Mundial da Saúde ³⁴.

A avaliação das atitudes com relação à obesidade foi realizada por meio de respostas indicadas a estudos de caso hipotéticos de pacientes referenciados a um nutricionista após receber o diagnóstico de intolerância à lactose, adaptados de Puhl et al. ⁸. Incluíram-se questões relativas à indicação de procedimentos e condutas durante a consulta, tempo de atendimento, estratégias de aconselhamento e/ou orientação oferecidas ao paciente, avaliação da dieta e da saúde do paciente, e reações afetivas e comportamentais em relação aos pacientes valendo-se de questões adaptadas dos estudos conduzidos por Campbell & Crawford ³⁵, Hebl & Xu ³⁶, Harvey et al. ²¹ e Foster et al. ³⁷.

O propósito principal do trabalho – avaliar a existência de preconceito em relação aos indivíduos obesos – não foi revelado aos estudantes, pois poderia influenciar os resultados. O programa que abrigou a pesquisa *on-line* sorteou aleatoriamente um dentre os quatro casos hipotéticos entre os participantes: (1) sexo masculino e eutrófico (IMC = 23kg/m²); (2) sexo feminino e eutrófica (IMC = 23kg/m²); (3) sexo masculino e obeso (IMC = 31kg/m²); e (4) sexo feminino e obesa (IMC = 31kg/m²). Nos perfis dos quatro casos estavam descritos dados demográficos, antropométricos, exames bioquímicos e pressão arterial, dados da dieta e hábitos de vida (sono e atividade física) – com valores adequados segundo as recomendações vigentes. Com exceção do peso, do IMC e do consumo energético diário (que diferiu apenas entre o sexo feminino e o masculino), todas as informações eram idênticas para os perfis do mesmo sexo (Tabela 1).

A resposta ao tempo de atendimento foi dada em minutos que despenderiam para o atendimento inicial ao paciente hipotético. Para os procedimentos e condutas e as estratégias de aconselhamento e/ou orientação, os estudantes foram orientados a assinalar aqueles que empregariam na consulta hipotética dentre as várias possibilidades listadas no questionário, podendo assinalar quantos procedimentos e condutas considerassem necessários (avaliados por frequência de escolha entre os estudantes).

Na avaliação da dieta e da saúde do paciente nos quesitos qualidade da dieta, estado de saúde geral e energia ingerida utilizou-se uma escala de resposta de cinco pontos (1 – péssimo; 2 – ruim; 3 – regular; 4 – bom; e 5 – excelente). Nesses itens, pretendeu-se analisar se o peso do paciente influenciaria as condutas indicadas e a avaliação dos aspectos de saúde de forma negativa, mesmo quando os dados oferecidos correspondiam a hábitos de vida saudáveis, o que denotaria um pré-julgamento por parte dos estudantes baseado na única característica diferente entre os casos – o peso corporal, uma importante dimensão do preconceito relacionado ao peso.

As reações e percepções em relação ao paciente foram avaliadas por questões acerca do quanto os estudantes acreditavam no consumo alimentar relatado pelo paciente, das percepções sobre a saúde, autocuidado e disciplina, a seriedade do problema de saúde, as expectativas em relação ao atendimento

Tabela 1

Dados demográficos, antropométricos, bioquímicos e pressão arterial, dieta e hábitos de vida dos quatro casos hipotéticos de pacientes apresentados aos estudantes de nutrição. Estudo NutriHS, Brasil, 2015.

	Eutróficos		Obesos	
	Homem	Mulher	Homem	Mulher
Idade (anos)	30	30	30	30
Peso (kg)	66,5	58,8	89,6	79,4
Estatura (m)	1,70	1,60	1,70	1,60
IMC (kg/m ²)	23,0	23,0	31,0	31,0
Colesterol total (mg/dL)	148	148	148	148
HDL-colesterol (mg/dL)	51	51	51	51
LDL-colesterol (mg/dL)	82	82	82	82
Glicose de jejum (mg/dL)	90	90	90	90
Pressão arterial sistólica/diastólica (mmHg)	120/80	120/80	120/80	120/80
Consumo energético (Kcal/dia)	2.400	1.800	2.400	1.800
Percentual da energia consumida em gorduras	25	25	25	25
Consumo de frutas (porções/dia)	3	3	3	3
Consumo de verduras (porções/dia)	3	3	3	3
Consumo de fibras (g/dia)	28	28	28	28
Horas de sono por noite	8	8	8	8
Atividade física	30 minutos, 5 dias/semana	30 minutos, 5 dias/semana	30 minutos, 5 dias/semana	30 minutos, 5 dias/semana

HDL: lipoproteína de alta densidade; LDL: lipoproteína de baixa densidade.

do paciente, e a necessidade de encaminhamento para acompanhamento psicológico. As opções de resposta foram dadas em escala de cinco pontos (1 – nem um pouco; 2 – muito pouco; 3 – um pouco; 4 – muito; e 5 – extremamente). Nessas questões, a dimensão dos sentimentos, crenças e atitudes em relação ao indivíduo com obesidade foram exploradas.

Análise estatística

A distribuição aleatória dos casos hipotéticos (1 – mulher eutrófica; 2 – mulher obesa; 3 – homem eutrófico; 4 – homem obeso) entre os estudantes foi testada por meio do teste qui-quadrado. Não houve diferença estatisticamente significativa na distribuição aleatória dos casos hipotéticos (N1 = 82, N2 = 93, N3 = 80 e N4 = 80) entre os estudantes ($\chi^2 = 0,707$) e não foram identificadas diferenças nas características dos alunos (idade, IMC, raça, renda familiar total, ano do curso) segundo o caso hipotético sorteado.

A comparação das respostas dos estudantes em relação ao tempo de atendimento (em minutos) foi analisada em média e desvio padrão (DP). A avaliação do estado de saúde, qualidade da dieta e quantidade de energia, e reações e percepções em relação aos pacientes (respondidas em escalas de 1 a 5), são variáveis ordinais, mas foram avaliadas também por média e desvio padrão. Para a comparação das respostas com relação à magnitude da avaliação ou concordância, foram feitas as análises comparativas entre a média dos quatro casos, realizadas usando-se o teste de Kruskal-Wallis, seguido de teste de comparações múltiplas para identificar as diferenças.

As variáveis “procedimentos e condutas” e “estratégias de tratamento” tiveram a frequência de respostas “sim” comparada entre os quatro casos, analisados por meio do teste exato de Fisher.

As análises foram conduzidas no SPSS 17.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos). O nível de significância foi fixado em 5%.

Resultados

Participaram 335 estudantes, mulheres em sua maioria (93,7%), idade média 23,5 anos (DP = 4,9), 65,1% da cor branca, 86,6% solteiros, 32,8% com escolaridade do chefe da família em 2º grau completo, 58,2% com renda familiar entre um e cinco salários mínimos, 78,5% (n = 263) eram estudantes de instituições particulares, 39,7% (n = 133) estavam cursando o 1º ano, 20,9% (n = 70) o 2º ano, 18,5% (n = 62) o 3º ano, 17,3% (n = 58) o 4º ano e 3,6% (n = 12) o 5º ano – uma vez que apenas uma universidade oferece o curso com duração de cinco anos.

O IMC médio foi de 23kg/m² (22,9kg/m² para sexo feminino e 24,8kg/m² para o masculino); com a maioria (66,4%) em eutrofia, seguida por sobrepeso (20,7%) – 7,5% tinham baixo peso e 5,4% tinham obesidade.

As respostas aos casos de pacientes hipotéticos (1 – mulher eutrófica; 2 – mulher obesa; 3 – homem eutrófico; e 4 – homem obeso) com relação ao tempo de atendimento, avaliação do paciente e reações do estudante podem ser vistas na Tabela 2.

Observa-se que o tempo de atendimento indicado pelos estudantes para os pacientes com obesidade de ambos os sexos foi maior do que aquele indicado para a paciente do sexo feminino eutrófica, mas não quando comparado ao paciente do sexo masculino eutrófico.

A avaliação da qualidade da dieta para as pacientes do sexo feminino foi pior para aquela com obesidade e não houve diferença para o sexo masculino; no entanto, a avaliação para qualidade da dieta do paciente do sexo masculino eutrófico foi significativamente maior do que a recebida pela paciente com obesidade.

A avaliação da quantidade de energia ingerida e do estado de saúde geral também foi pior para a paciente com obesidade em comparação com a paciente eutrófica – e o mesmo ocorreu para o homem com obesidade quando comparado ao eutrófico. Não houve diferença na avaliação desses fatores entre os pacientes com obesidade.

A percepção em relação ao consumo alimentar relatado foi pior somente para a paciente com obesidade e não houve diferença entre os pacientes do sexo masculino. Entretanto, a avaliação da mulher com obesidade foi pior também quando comparada ao paciente homem eutrófico e com obesidade. Os alunos também apresentaram uma percepção pior para a paciente com obesidade em relação à eutrófica quanto a “estar saudável”, ao autocuidado e à disciplina – o mesmo não ocorreu entre os pacientes do sexo masculino.

Para as questões 5, 9 e 10, os estudantes consideraram necessitar de mais rigidez, paciência e se sentiriam mais incomodados com os pacientes com obesidade em comparação com os eutróficos para ambos os sexos (Tabela 2).

Os estudantes apresentaram uma pior percepção para o paciente do sexo masculino com obesidade na questão “Quão possível você acredita ser que este paciente siga as suas orientações nutricionais?”, em comparação com os pacientes eutróficos de ambos os sexos. Para as pacientes do sexo feminino não houve diferença entre a com obesidade e a eutrófica nessa questão. Na questão 13, os estudantes consideraram que a paciente com obesidade se beneficiaria mais de um acompanhamento psicológico do que a eutrófica e os pacientes do sexo masculino (eutrófico e obeso) – Tabela 3.

As respostas aos procedimentos e condutas que os alunos planejavam realizar com os pacientes hipotéticos podem ser observados na Tabela 3.

Verifica-se que os estudantes que responderam aos casos hipotéticos de pacientes com obesidade assinalaram com maior frequência a conduta “explorar o histórico de peso do paciente” e o procedimento “discussão sobre a necessidade de perder peso” para ambos os sexos. Não houve diferença quanto aos demais procedimentos e condutas quando comparados os casos (Tabela 3).

As estratégias de tratamento indicadas pelos estudantes aos casos hipotéticos podem ser vistas na Tabela 4.

Com relação à indicação de estratégias de tratamento, os estudantes que responderam aos casos hipotéticos de pacientes com obesidade (ambos os sexos) disseram que utilizariam com maior frequência as estratégias “manutenção de um diário alimentar com informações sobre a percepção de fome” e “orientação para a redução do consumo calórico e para o consumo de alimentos menos calóricos”. No entanto, indicariam a estratégia “seguimento em atendimento individual” mais para o caso hipotético do homem com obesidade do que para o caso da mulher com obesidade (Tabela 4).

Tabela 2

Respostas dos estudantes de nutrição (N = 335) em relação à indicação do tempo de atendimento, avaliação, reações e percepções segundo paciente hipotético. Estudo NutriHS, Brasil, 2015.

Variáveis	Paciente hipotético								Valor de p ##
	Mulher eutrófica *		Mulher obesa **		Homem eutrófico ***		Homem obeso #		
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
Tempo de atendimento (minutos)	41,51	17,29	51,34 ^a	31,97	45,82	18,40	51,04 ^a	26,89	0,030
Avaliação ###									
1. Qualidade da dieta	4,12	0,55	3,57 ^a	0,80	3,80 ^b	0,77	3,79	0,72	< 0,001
2. Quantidade de energia ingerida	3,80	0,55	3,22 ^a	0,82	3,73 ^b	0,84	3,35 ^c	0,75	< 0,001
3. Estado de saúde geral	4,00	0,61	3,16 ^a	0,90	3,84 ^b	0,75	3,36 ^{a,c}	0,82	< 0,001
Reações e percepções em relação ao paciente §									
1. Quanto você acredita no consumo alimentar relatado?	3,29	0,69	2,78 ^a	0,75	3,48 ^b	0,57	3,08 ^b	0,65	< 0,001
2. Quão saudável você julga ser este paciente?	3,50	0,59	2,89 ^a	0,76	3,41 ^b	0,59	3,05	0,69	< 0,001
3. Quão bem este paciente cuida de si?	3,65	0,60	2,96 ^a	0,71	3,48	0,57	3,20	0,77	< 0,001
4. Quão disciplinado você considera que este paciente é?	3,55	0,63	2,92 ^a	0,82	3,40	0,88	3,11	0,76	< 0,001
5. Quão restrito(a)/rígido(a) você considera que precisaria ser com este paciente?	2,85	0,76	3,12 ^a	0,81	2,81 ^b	0,80	3,10 ^{a,c}	0,82	0,018
6. Quão sério você acha ser este problema nutricional/de saúde?	3,20	1,13	3,41	0,84	3,11	1,02	3,48	0,95	0,060
7. Quanto você acha que atender este paciente poderia ser uma perda de tempo?	1,10	0,30	1,13	0,49	1,14	0,55	1,15	0,48	0,904
8. Quanto você acha que atender este paciente resultaria em satisfação por seu trabalho?	4,30	0,60	4,30	0,75	4,33	0,82	4,31	0,80	0,997
9. Qual o nível de paciência você acha que precisaria ter com este paciente?	2,90	0,91	3,30 ^a	0,87	2,89 ^b	1,03	3,20 ^{a,c}	0,95	0,006
10. Quão incômodo/chato/irritante você acha que este paciente seria?	1,78	0,80	2,06 ^a	0,93	1,74 ^b	0,78	2,01 ^{a,c}	0,82	0,022
11. Qual o tamanho do seu desejo pessoal em ajudar este paciente?	4,28	0,53	4,26	0,66	4,35	0,64	4,24	0,75	0,710
12. Quão possível você acredita ser que este paciente siga as suas orientações nutricionais?	3,80	0,64	3,66	0,60	3,90	0,61	3,59 ^{a,c}	0,72	0,009
13. Você acredita que este paciente se beneficiaria de um acompanhamento psicológico?	2,71	1,07	3,15 ^a	1,18	2,45 ^b	1,11	2,83 ^b	1,09	< 0,001
14. Quão otimista você é em relação à resposta deste paciente ao tratamento?	4,15	0,63	4,16	0,56	4,23	0,66	4,06	0,77	0,473

DP: desvio padrão.

Notas: (a) diferente do caso 1; (b) diferente do caso 2; (c) diferente do caso 3.

* Sexo feminino e eutrófica (IMC = 23kg/m²);

** sexo feminino e obesa (IMC = 31kg/m²);

*** Sexo masculino e eutrófico (IMC = 23kg/m²);

Sexo masculino e obeso (IMC = 31kg/m²);

Teste de Kruskal-Wallis, seguido de Teste de Comparações Múltiplas das Médias das Ordens;

Opções de resposta: (1) péssimo, (2) ruim, (3) regular, (4) bom, e (5) excelente;

§ Opções de resposta: (1) nem um pouco, (2) muito pouco, (3) um pouco, (4) muito, e (5) extremamente.

Tabela 3

Frequência dos procedimentos e condutas que os estudantes de nutrição (N = 335) realizariam durante a consulta inicial segundo paciente hipotético sorteado. Estudo NutriHS, Brasil, 2015.

Procedimentos e condutas	Mulher eutrófica *	Mulher obesa **	Homem eutrófico ***	Homem obeso #	Valor de p ##
	(n = 82) Sim (%)	(n = 93) Sim (%)	(n = 80) Sim (%)	(n = 80) Sim (%)	
1. Coleta de informações sobre a alimentação atual do paciente	95,1	97,8	92,5	95,0	0,430
2. Explorar o histórico alimentar do paciente	86,6	90,3	80,0	80,0	0,153
3. Explorar o histórico de peso do paciente	69,5	82,8	68,8	83,8	0,026
4. Explorar o histórico familiar do paciente	79,3	91,4	78,8	82,5	0,068
5. Avaliar o quão preparado o paciente está para fazer mudanças na alimentação	80,5	74,2	71,3	71,3	0,475
6. Verificar quais são as expectativas do paciente em relação à consulta e ao tratamento	95,1	84,9	86,3	83,8	0,077
7. Conversar sobre a família do paciente e verificar quais estruturas de apoio o mesmo possui	41,5	47,3	46,3	47,5	0,863
8. Solicitação de outros exames bioquímicos	56,1	61,3	50,0	53,8	0,504
9. Aplicação de recordatório alimentar de 24 horas	65,9	74,2	70,0	58,8	0,176
10. Discussão sobre a necessidade de perder peso	20,7	63,4	26,3	48,8	0,000
11. Aplicação de questionário de frequência alimentar	54,9	60,2	62,5	70,0	0,256
12. Orientação nutricional utilizando guia alimentar	59,8	60,2	57,5	51,3	0,639
13. Discussão sobre grupos alimentares e suas porções	56,1	62,4	51,3	66,3	0,220
14. Nenhuma das respostas anteriores	0,0	0,0	0,0	1,3	0,478

* Sexo feminino e eutrófica (IMC = 23kg/m²);

** sexo feminino e obesa (IMC = 31kg/m²);

*** Sexo masculino e eutrófico (IMC = 23kg/m²);

Sexo masculino e obeso (IMC = 31kg/m²);

Teste exato de Fisher.

Discussão

Até onde se sabe este é o primeiro estudo realizado no Brasil a explorar o preconceito de estudantes de nutrição com relação a indivíduos com obesidade. Ao avaliar as condutas e percepções dos estudantes diante de um caso hipotético, observou-se que o peso do paciente influenciou no tempo que seria despendido em uma consulta inicial; as avaliações quanto à qualidade da dieta, quantidade de energia ingerida e estado de saúde; as percepções e atitudes; e as condutas e estratégias de tratamento.

Destaca-se novamente que o paciente do caso apresentado trazia uma queixa de diagnóstico recente de intolerância à lactose – problema sem nenhuma relação com estado nutricional – e os achados apontam que há de fato diferença na conduta que seria adotada em função do peso do paciente, uma vez que todos os demais parâmetros eram iguais e não tinham relação com o problema de saúde trazido.

A amostra foi composta principalmente por estudantes do sexo feminino, eutróficos, solteiros, brancos e com renda familiar entre um e cinco salários mínimos, pertencentes a instituições particula-

Tabela 4

Frequência das estratégias de tratamento que os estudantes de nutrição (N = 335) indicariam segundo paciente hipotético sorteado. Estudo NutriHS, Brasil, 2015.

Estratégias de tratamento	Mulher eutrófica *	Mulher obesa **	Homem eutrófico ***	Homem obeso #	Valor de p ##
	(n = 82) Sim (%)	(n = 93) Sim (%)	(n = 80) Sim (%)	(n = 80) Sim (%)	
1. Manutenção de um diário do peso do paciente	18,3	31,2	20,0	32,5	0,068
2. Manutenção de um diário alimentar	57,3	50,5	62,5	60,0	0,416
3. Manutenção de um diário alimentar com informações sobre a percepção de fome	32,9	48,4	28,8	45,0	0,024
4. Orientação sobre compras e preparo de alimentos	79,3	76,3	82,5	82,5	0,705
5. Orientação para a redução do consumo calórico e para o consumo de 6 alimentos menos calóricos	35,4	53,8	35,0	65,0	0,000
6. Orientações em relação à incorporação de outras formas de atividade física na rotina do paciente	40,2	55,9	43,8	50,0	0,172
7. Elaboração de plano alimentar	84,1	82,8	83,8	81,3	0,966
8. Elaboração de planejamento para acompanhamento de curto prazo	29,3	25,8	36,3	30,0	0,524
9. Elaboração de planejamento para acompanhamento de longo prazo	47,6	50,5	32,5	51,3	0,053
10. Orientação para evitar alimentos específicos fonte de lactose	75,6	65,6	65,0	77,5	0,160
11. Orientação para evitar o consumo de "besteiras"	58,5	67,7	60,0	60,0	0,576
12. Seguimento por intermédio de atendimento em grupo	2,4	2,2	2,5	2,5	1,000
13. Seguimento em atendimento individual e atendimento em grupo	18,3	30,1	18,8	20,0	0,203
14. Seguimento em atendimento individual	65,9	41,9	55,0	70,0	0,001
15. Nenhuma das respostas anteriores	0,00	0,0	1,3	1,3	0,363

* Sexo feminino e eutrófica (IMC = 23kg/m²);

** sexo feminino e obesa (IMC = 31kg/m²);

*** Sexo masculino e eutrófico (IMC = 23kg/m²);

Sexo masculino e obeso (IMC = 31kg/m²);

Teste exato de Fisher.

res – e majoritariamente do primeiro e segundo anos do curso de Nutrição. O curso de graduação em Nutrição tradicionalmente é composto em sua maioria por alunos do sexo feminino. Outros estudos realizados com estudantes de nutrição (para avaliação e temas diversos) encontraram mais de 80% de mulheres ^{38,39}, e alguns utilizam o sexo como fator de exclusão devido à ocorrência imensamente maior do sexo feminino ^{40,41}.

Observando-se as respostas aos casos, aleatoriamente distribuídos, ressalta-se que os estudantes levariam em média mais tempo no atendimento da mulher com obesidade (51 minutos) do que com a mulher eutrófica – diferença não encontrada para os pacientes do sexo masculino. Harvey et al. ²² em um trabalho com nutricionistas inglesas verificaram que o tempo médio de atendimento de primeira vez não diferiu entre pacientes com sobrepeso e obesidade – e foi de cerca 35 minutos. Contrariamente, no estudo de Hebl & Xu ³⁶ com médicos americanos, o tempo de atendimento que indicaram foi menor para os pacientes com sobrepeso (25 minutos) e obesidade (22 minutos) do que para os pacientes eutróficos (31 minutos). Utilizar mais tempo em um primeiro atendimento de um indivíduo

com obesidade pode ser positivo, pois poderia significar mais atenção, oportunidades de interação e de uma conduta mais individualizada; porém, poderia também indicar que os estudantes consideram que este paciente seria mais complexo do que o eutrófico e que, portanto, necessitaria de mais tempo. A complexidade da alimentação não está relacionada ao peso do indivíduo e sim à forma como cada um vivencia as suas experiências e suas relações com a comida.

A avaliação da dieta dos pacientes com obesidade pelos estudantes sugere fortemente a presença de preconceito. Eles avaliaram de maneira pior a qualidade, a quantidade de energia ingerida e o estado de saúde geral para a paciente com obesidade em comparação à eutrófica, e pior para os dois últimos aspectos para o homem com obesidade. Esse achado é de grande relevância, uma vez que as avaliações dos pacientes com obesidade foram piores mesmo quando os dados fornecidos sobre hábitos de vida, quantidade de calorias ingeridas e características da dieta foram idênticos aos dos pacientes eutróficos. Tal resultado indica que realizam conclusões automáticas quando em contato com um paciente com obesidade, e reforça a teoria de que os profissionais de saúde relacionam o indivíduo obeso a determinados estereótipos negativos^{31,37,42}. De forma semelhante, Puhl et al.⁸ verificaram que estudantes de nutrição americanos avaliaram de maneira pior os mesmos aspectos dos pacientes com obesidade em comparação aos eutróficos (exceto para a quantidade de energia ingerida para a mulher com obesidade).

Assumir que um indivíduo não é saudável ou não apresenta práticas de vida saudáveis por causa do seu peso corporal é uma forma de preconceito e pode interferir na conduta do profissional de saúde em relação ao paciente com obesidade, pois apesar de a obesidade estar relacionada a diversas comorbidades, há situações em que esta condição não está relacionada a complicações metabólicas, como demonstram estudos recentes com obesos metabolicamente saudáveis^{43,44,45,46,47}.

Com relação às reações e percepções dos estudantes, observou-se que acreditam menos no consumo alimentar relatado pela paciente com obesidade do que por qualquer outro paciente, o que faz pensar que além da influência do peso houve interferência do sexo do paciente. As piores avaliações dos alunos em relação à quantidade de energia ingerida (“Quanto você acredita no consumo alimentar relatado?”) para os pacientes com obesidade também poderiam estar associadas à descrença no consumo alimentar relatado, porém isto só se confirmou para a paciente do sexo feminino. De fato, existem estudos que associam a maior ocorrência de subnotificação da ingestão energética entre as mulheres^{48,49}, e inclusive entre os indivíduos com obesidade^{50,51}. Porém, vale considerar que tanto as mulheres em geral quanto os indivíduos com obesidade estão mais sujeitos à preocupação com o corpo e o peso e a prática de dietas restritivas – aspectos que também aumentam a suscetibilidade na produção de subnotificações⁴⁹ – e que fatores como idade, desejo de aceitação social, etnia, dieta e educação também interferem neste fenômeno⁸.

Similarmente, os estudantes também avaliaram de maneira mais negativa “quão saudável” seria a pessoa, o “autocuidado” e a “disciplina” da paciente com obesidade em relação à eutrófica, mas o mesmo não se observou para o homem com obesidade. Hebl & Xu³⁶ também encontraram percepções piores dos médicos em relação aos pacientes com sobrepeso e obesidade nos três quesitos, mas não investigaram a interferência do sexo.

É interessante observar que a amostra do presente trabalho foi composta principalmente por estudantes mulheres e que a paciente com obesidade tenha gerado uma percepção pior em relação à eutrófica, mas o mesmo não ocorreu para o sexo masculino. As razões para tais achados não são claras, mas podem estar relacionadas à questão de sexo, à preocupação excessiva com a forma corporal e à realização de dietas para redução de peso, experiências frequentemente vivenciadas por mulheres⁵². Historicamente, associa-se às mulheres o consumo de pouca comida, atribuído ao fato de ser a comida o único terreno considerado “legitimamente feminino”, e também à instituição de cânones para o corpo feminino e padrões de beleza, que mesmo nos períodos em que estiveram associados a corpos mais curvilíneos, colocavam maior apreciação na boa proporção dos corpos e não sobre o excesso de gordura⁵³. Segundo Menucci et al.⁵⁴, o sentimento de inapropriação, inadequação e de culpa individual relacionado aos ideais de beleza e às imagens de corpos inalcançáveis propagadas pela mídia constituem uma estratégia de dominação-diminuição pela desvalorização dos corpos, da qual as mulheres são as maiores vítimas.

Os estudantes também conceberam que precisariam ser mais rígidos e restritos com os pacientes com obesidade de ambos os sexos, além de considerar que estes seriam mais “incômodos/chatos/

irritantes” e que precisariam de mais paciência para lidar com eles. Esses resultados são preocupantes, pois na prática profissional os indivíduos com obesidade poderiam se sentir julgados, e a postura mais rígida e restrita poderia afetar o tratamento de maneira negativa, fazendo com que a adesão fosse pior.

Ademais, os estudantes acreditaram menos que o homem com obesidade seguiria as suas orientações. Tal achado é curioso, já que alguns estudos relacionam o sexo masculino a uma menor taxa de abandono do tratamento ⁵⁵. Além disso, Presnell et al. ⁵⁶ em uma investigação acerca dos fatores preditores da perda de peso verificaram que os homens apresentavam maior autoeficácia (se consideravam mais capazes de realizar mudanças nos hábitos de vida) antes da intervenção, menos sintomas depressivos e comer compulsivo do que as mulheres, fatores que estão relacionados à maior perda de peso.

As mulheres normalmente são consideradas como mais propensas às interferências emocionais e afetivas no processo de emagrecimento ⁵⁷, fato reforçado pela percepção dos estudantes de que a mulher obesa se beneficiaria mais de um acompanhamento psicológico do que qualquer outro paciente. No estudo de Hebl & Xu ³⁶, os médicos também referenciaram o paciente com sobrepeso e obesidade mais frequentemente para psicologia do que os eutróficos, mas a diferença entre os sexos não foi avaliada.

As demais reações e percepções acerca da seriedade do problema de saúde (intolerância à lactose) – como “considerar atender o paciente uma perda de tempo”, “satisfação profissional”, “tamanho do desejo pessoal em ajudar o paciente e otimismo” – foram similares para os pacientes com obesidade e eutróficos, resultados também encontrados por Puhl et al. ⁸.

Com relação aos procedimentos, condutas e estratégias de tratamento indicadas houve poucas diferenças. Os estudantes assinalaram “explorar o histórico de peso do paciente” e “discussão sobre a necessidade de perder peso” mais para os pacientes com obesidade de ambos os sexos do que para os eutróficos, indicando que mesmo quando o paciente busca o atendimento nutricional por outros motivos (no caso a intolerância à lactose), o peso corporal é um dos focos de trabalho ⁵⁸. Outro aspecto a se observar é que o histórico de peso não deveria ser explorado somente para os pacientes com obesidade, uma vez que pacientes eutróficos podem ter apresentado variações anteriores do peso corporal.

Outro dado interessante é que mais de 20% dos estudantes assinalaram que discutiriam a necessidade de perder peso, e 35% orientariam a redução do consumo calórico mesmo para os pacientes eutróficos. Tal achado pode estar relacionado à compreensão acerca da função do nutricionista, com o papel de “promover o emagrecimento” e “prescritor de dietas restritivas”. Em um estudo qualitativo brasileiro com profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF), alguns profissionais revelaram uma visão bastante restrita sobre o papel do nutricionista por meio de frases como “nutricionista é o profissional que passa dieta”, “nutricionista é para perder peso” e “controla a dieta dos pacientes” ⁵⁹.

Os estudantes também assinalaram com maior frequência “manutenção de um diário alimentar com informações de fome” e “orientação para a redução do consumo calórico” para os pacientes com obesidade de ambos os sexos. O diário alimentar com a percepção da fome é uma estratégia interessante para qualquer indivíduo com interesse/necessidade de realizar mudanças em suas práticas alimentares, não somente para os obesos ⁶⁰. Tal achado pode estar relacionado ao fato de os alunos considerarem os pacientes com obesidade mais “compulsivos” e acreditarem que sempre comem pior.

Por fim, os estudantes indicariam mais o atendimento individual para o homem com obesidade e menos para a mulher com obesidade em comparação com seus pares eutróficos. Uma vez que a amostra do estudo é composta prioritariamente por mulheres, por que elas indicam menos o seguimento individual para as mulheres do que para os homens?

Em suma, o peso de um paciente influenciou o tempo de atendimento, percepções, condutas e estratégias de tratamento, com a identificação de preconceitos e atitudes negativas principalmente relacionadas às percepções e reações dos estudantes diante dos pacientes com obesidade, sendo que a mulher com obesidade recebeu as piores avaliações no geral. Ainda, os resultados da avaliação da influência do peso nas percepções e condutas dos estudantes evidenciam que, além do preconceito para com o indivíduo obeso, este é maior quando se trata do sexo feminino. Dessa forma, o estigma é relacionado tanto ao peso quanto ao sexo.

Apesar de ter sido a primeira exploração na temática e conduzida com tamanho amostral adequado, este trabalho avaliou universitários apenas do Estado de São Paulo em diferentes anos de graduação.

Deve-se considerar também a natureza da pesquisa *on-line* NutriHS, cujas respostas às questões específicas apresentavam opções de respostas limitadas. Por tratar-se de questionários e escalas de resposta é necessário considerar o risco do desejo de aceitação social, com respostas de acordo com o que o respondente acha que seria esperado ou mais adequado ⁶¹. A utilização de outros delineamentos poderia ser útil para elucidar como as atitudes em relação aos indivíduos obesos e à obesidade evoluem ao longo dos anos de graduação, ou poderiam apresentar mudanças após intervenções para reduzir a presença de atitudes negativas e preconceito.

Conclusão

Existe preconceito em relação ao peso e aos indivíduos com obesidade entre os estudantes de graduação em Nutrição no nosso meio, em concordância com estudos internacionais. O sexo também influenciou a percepção dos estudantes, e as avaliações e atitudes foram piores para a mulher com obesidade do que para o homem com obesidade. Uma vez que o peso corporal de um paciente hipotético influencia a percepção e avaliação do seu estado de saúde e condutas terapêuticas, é recomendável que a temática do preconceito, estigma e discriminação em relação aos indivíduos obesos e à obesidade seja incluída nos cursos de graduação em nutrição, bem como em espaços de educação de profissionais de saúde.

Colaboradores

A. A. Obara foi responsável pela concepção do estudo, realizou coleta, organização dos dados e participação da análise e interpretação dos mesmos. S. R. G. F. Vivolo participou da concepção do estudo como responsável pelo projeto NutriHS e de seu banco de dados gerais; participou também da redação e revisão crítica do manuscrito. M. S. Alvarenga foi responsável pela concepção do estudo, participou da análise e interpretação dos mesmos. Todos autores revisaram e aprovaram a redação final deste trabalho.

Agradecimentos

Agradecemos aos estudantes de graduação em Nutrição que participaram da pesquisa.

Referências

1. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva: World Health Organization; 1999. (WHO Technical Report Series, 894),
2. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases, 2010. Geneva: World Health Organization; 2011.
3. Daniélsdóttir S, O'Brien KS, Ciaoc A. Anti-fat prejudice reduction: a review of published studies. *Obes Facts* 2010; 3:47-58.
4. Macpherson-Sánchez AE. Integrating fundamental concepts of obesity and eating disorders: implications for the obesity epidemic. *Am J Public Health* 2015; 105:e71-85.
5. Goffman E. Stigma: notes on the management of spoiled identity. New York: Symon and Schuster Inc.; 1963.

6. Schwartz MB, Chambliss HO, Brownell KD, Blair SN, Billington C. Weight bias among health professionals specializing in obesity. *Obes Res* 2003; 11:1033-9.
7. Puhl RM, Latner J. Weight bias: new science on an significant social problem. *Obesity (Silver Spring)* 2008; 16 Suppl 2:S1-2.
8. Puhl RM, Wharton C, Heuer CA. Weight bias among dietetics students: implications for treatment practices. *J Am Diet Assoc* 2009; 109:438-44.
9. Swift JA, Hanlon S, El-Redy L, Puhl RM, Glazebrook C. Weight bias among UK trainee dietitians, doctors, nurses and nutritionists. *J Hum Nutr Diet* 2012; 26:395-402.
10. Lee M, Ata RN, Brannick MT. Malleability of weight-biased attitudes and beliefs: a meta-analysis of weight bias reduction interventions. *Body Image* 2014; 11:251-9.
11. Puhl RM, Latner JD, O'Brien K, Luedicke J, Danielsdottir S, Forhan M. A multinational examination of weight bias: predictors of anti-fat attitudes across four countries. *Int J Obes (Lond)* 2015; 39:1166-73.
12. Tomiyama AJ, Finch LE, Belsky ACI, Buss J, Finley C, Schwartz MB, et al. Weight bias in 2001 versus 2013: contradictory attitudes among obesity researchers and health professionals. *Obesity* 2015; 23:46-53.
13. Andreyeva T, Puhl RM, Brownell KD. Changes in perceived weight discrimination among Americans, 1995-1996 through 2004-2006. *Obesity* 2008; 16:1129-34.
14. Puhl RM, Heuer CA. Obesity stigma: important considerations for public health. *Am J Public Health* 2010; 100:1019-28.
15. Vartanian LR, Smyth JM. Primum non nocere: obesity stigma and public health. *J Bioeth Inq* 2013; 10:49-57.
16. Abuh-Odeh D. Fat stigma and the public health: a theoretical framework and ethical analysis. *Kennedy Inst Ethics J* 2014; 24:247-65.
17. O'Brien KS, Puhl RM, Latner JD, Mir AS, Hunter JA. Reducing anti-fat prejudice in pre-service health students: a randomized trial. *Obesity* 2010; 18:2138-44.
18. 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; 25:317-22.
19. Puhl RM, Heuer CA. The stigma of obesity: a review and update. *Obesity* 2009; 17:941-64.
20. Oberrieder H, Walker R, Monroe D, Adeyanju M. Attitude of dietetics students and registered dietitians toward obesity. *J Am Diet Assoc* 1995; 95:914-6.
21. Harvey EL, Summerbell CD, Kirk SFL, Hill AJ. Dietitians' views of overweight and obese people and reported management practices. *J Hum Nutr Diet* 2002; 15:331-47.
22. Berryman DE, Dubale GM, Manchester DS, Mittelstaedt R. Dietetics students possess negative attitudes toward obesity similar to nondietetics students. *J Am Diet Assoc* 2006; 106:1678-82.
23. Wigton RS, McGaghie WC. The effect of obesity on medical students' approach to patients with abdominal pain. *J Gen Intern Med* 2001; 16:262-5.
24. Persky S, Eccleston CP. Medical student bias and care recommendations for an obese versus non-obese virtual patient. *Int J Obes (Lond)* 2011; 35:728-35.
25. Mattos RS, Luz MT. Sobrevivendo ao estigma da gordura: um estudo socioantropológico sobre obesidade. *Physis (Rio J.)* 2009; 19:489-507.
26. Pinto MS, Bosi MLM. Muito mais do que pe(n)sam: percepções e experiências acerca da obesidade entre usuárias da rede pública de saúde de um município do Nordeste do Brasil. *Physis (Rio J.)* 2010; 20:443-57.
27. Cruz CAG, Bastos LC. Histórias de uma obesa: a teoria dos posicionamentos e a (re)construção discursiva das identidades. *Linguagem em (Dis)curso* 2015; 15:367-84.
28. Gonçalves H, Dumith SC, González DA, Menezes AMB, Araújo CLP, Hallal PC, et al. Discriminação autorrelatada por adolescentes de uma coorte de nascimentos brasileira: prevalência e associações. *Rev Panam Salud Pública* 2012; 31:204-10.
29. Teixeira FV, Pais-Ribeiro JL, Maia ARPC. Crenças e práticas dos profissionais de saúde face à obesidade: uma revisão sistemática. *Rev Assoc Med Bras (1992)* 2012; 58:254-62.
30. Grejanin DKM, Pezzo TH, Nastri V, Sanches VPP, Nascimento DDG, Quevedo MP. As percepções sobre o "ser obeso" sob a ótica do paciente e dos profissionais de saúde. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum* 2007; 17:37-47.
31. Cori GC, Petty MLB, Alvarenga MS. Atitudes de nutricionistas em relação a indivíduos obesos – um estudo exploratório. *Ciênc Saúde Coletiva* 2015; 20:9-20.
32. Folchetti LD, Silva IT, Almeida Pititto B, Ferreira SR. The e-NutriHS: a web-based system for a Brazilian cohort study. *Stud Health Technol Inform* 2015; 216:876.
33. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* 1996; 16 out.
34. World Health Organization. Global database on Body Mass Index. http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html (acessado em 03/Set/2013).

35. Campbell K, Crawford D. Management of obesity: attitudes and practices of Australian dietitians. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2000; 24:701-10.
36. Hebl MR, Xu J. Weighing the care: physicians' reactions to the size of a patient. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001; 25:1246-52.
37. Foster GD, Wadden TA, Makris AP, Davidson D, Sanderson RS, Alisson DB, et al. Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment. *Obes Res* 2003; 11:1168-77.
38. Souza QJOV, Rodrigues AM. Comportamento de risco para ortorexia nervosa em estudantes de nutrição. *J Bras Psiquiatr* 2014; 63:200-4.
39. Baraldi S, Bampi LNS, Pereira MF, Guilhem DB, Mariath AB, Campos ACO. Avaliação da qualidade de vida de estudantes de nutrição. *Trab Educ Saúde* 2015; 13:515-31.
40. Silva JD, Silva ABJ, Oliveira AVK, Nemer ASA. Influência do estado nutricional no risco para transtornos alimentares em estudantes de nutrição. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012; 17:3399-406.
41. Bosi MLM, Luiz RR, Morgado CMC, Costa MLS, Carvalho RJ. Autopercepção da imagem corporal entre estudantes de nutrição: um estudo no Município do Rio de Janeiro. *J Bras Psiquiatr* 2006; 55:108-13.
42. Brown I. Nurses' attitudes towards adult patients who are obese: literature review. *J Adv Nurs* 2006; 53:221-32.
43. Després JP. What is "metabolically healthy obesity"?: from epidemiology to pathophysiological insights. *J Clin Endocrinol Metab* 2012; 97:2283-5.
44. Hamer M, Stamatakis E. Metabolically healthy obesity and risk of all-cause and cardiovascular disease mortality. *J Clin Endocrinol Metab* 2012; 97:2482-8.
45. Denis GV, Obin MS. 'Metabolically healthy obese': origins and implications. *Mol Aspects Med* 2013; 34:59-70.
46. Berezina A, Belvaeva O, Berkovich O, Baranova E, Karonova T, Bazhenova E, et al. Prevalence risk factors, and genetic traits in metabolically healthy and unhealthy obese individuals. *Biomed Res Int*. 2015.
47. Ruiz JR, Labayen I, Ortega FB. Letter to the editor: metabolically healthy (and fit?) obesity. *J Clin Endocrinol Metab* 2017; 102:1084-5.
48. Tomoyasu NJ, Toth MJ, Poehlman ET. Misreporting of total energy intake in older men and women. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47:710-5.
49. Scagliusi FB, Lancha Jr. AH. Subnotificação da ingestão energética na avaliação do consumo alimentar. *Rev Nutr* 2003; 16:471-81.
50. Taren DL, Tobar M, Hill A, Howell W, Shisslak C, Bell I, et al. The association of energy intake bias with psychological scores of women. *Eur J Clin Nutr* 1999; 53:570-8.
51. Mendez MA, Wynter S, Wilks R, Forrester T. Under- and overreporting of energy is related to obesity, lifestyle factors and food group intakes in Jamaican adults. *Public Health Nutr* 2004; 7:9-19.
52. Germov J, Williams L. The epidemic of dieting women: the need for a sociological approach to food and nutrition. *Appetite* 1996; 27:97-108.
53. Asfora W. Comer como um passarinho, cozinhar como uma feiticeira: a herança edênica na construção da relação entre gênero e comida. *Cadernos Pagu* 2012; 39:431-45.
54. Menucci LS, Timerman F, Alvarenga MS. Como a subjetividade influencia o comportamento alimentar? In: Alvarenga MS, Antonaccio CMA, Timerman F, Figueiredo M, organizadores. *Nutrição comportamental*. Barueri: Edições Manole; 2015. p. 51-68.
55. García-Galbis MR, Castell EC, Baeza MR, Hervás AG. The variability in adherence to dietary treatment and quality of weight loss: overweight and obesity. *Nutr Hosp* 2015; 31:2017-24.
56. Presnell K, Pells J, Stout A, Musante G. Sex differences in the relation of weight loss self-efficacy, binge eating, and depressive symptoms to weight loss success in a residential obesity treatment program. *Eat Behav* 2008; 9:170-80.
57. Orbach S. *Fat is a feminist issue*. New York: Paddington Press; 1978.
58. Puhl RM, Brownell KD. Bias, discrimination, and obesity. *Obes Res* 2001; 9:788-805.
59. Camossa ACA, Telarolli Jr. R, Machado MLT. O fazer teórico-prático do nutricionista na Estratégia Saúde da Família: representações sociais dos profissionais das equipes. *Rev Nutr* 2012; 25:89-106.
60. Alvarenga MS, Polacow VO, Scagliusi FB. Dieta e seus efeitos no comportamento alimentar. In: Alvarenga MS, Figueiredo M, Timerman F, Antonaccio CMA, organizadores. *Nutrição comportamental*. Barueri: Edições Manole; 2015. p. 69-100.
61. Scagliusi FB, Cordás TA, Polacow VO, Coelho D, Alvarenga M, Philippi ST, et al. Tradução da escala de desejo de aceitação social de Marlowe & Crowne para a língua portuguesa. *Rev Psiquiatr Clín* 2004; 31:272-8.

Abstract

Obesity is associated with psychosocial problems like stigma, discrimination, and bias. Studies have found that nutritionists and nutrition students display negative attitudes and biases toward obese individuals. This study examined the existence of nutrition students' bias toward obese individuals. The students answered questionnaires by completing on-line forms with demographic data and self-reported weight and height and were assigned to one of four randomly selected hypothetical cases of patients referred to a nutritionist after receiving a diagnosis of lactose intolerance (normal weight man; normal weight woman; obese man; and obese woman). Except for weight, body mass index (BMI), and daily energy intake, all information on diet, habits, and health conditions were identical for profiles of the same sex. The questionnaire included questions on the indication of procedures and approaches during the consultation, consultation time, counseling strategies, dietary and health evaluation, and students' affective and behavioral reactions. Three hundred and thirty-five students participated, mostly women, with mean BMI of 23kg/m². Patient's weight influenced consultation time and students' perceptions and treatment approaches and strategies. The study revealed biases and negative attitudes mainly involving the students' perceptions and reactions to obese patients, and obese women generally received the worse evaluations.

Prejudice; Obesity; Students; Nutritionists

Resumen

La obesidad está relacionada con problemas psicosociales como: estigma, discriminación y prejuicios. Algunos estudios verificaron que nutricionistas y estudiantes de nutrición presentan actitudes negativas y prejuicios, en relación con los individuos con obesidad. El estudio evaluó la existencia de prejuicios, en relación con los individuos obesos, por parte de estudiantes de nutrición. Los estudiantes respondieron los cuestionarios mediante la cumplimentación de formularios on-line - datos demográficos, peso y altura autoinformados; en seguida fueron dirigidos hacia uno de los cuatro casos hipotéticos -sorteados aleatoriamente- de un paciente enviado a un nutricionista, tras recibir el diagnóstico de intolerancia a la lactosa (sexo masculino y eutrófico; sexo femenino y eutrófica; sexo masculino y obeso; y sexo femenino y obesa). Con excepción del peso, del índice de masa corporal (IMC) y del consumo energético diario, toda la información relativa a la dieta, hábitos de vida y condiciones de salud eran idénticas para los perfiles del mismo sexo. Se incluyeron cuestiones relativas a la indicación de procedimientos y conductas durante la consulta, tiempo de atención, estrategias de asesoramiento, evaluación de la dieta y salud, así como reacciones afectivas y comportamentales. Participaron 335 estudiantes, en su mayoría mujeres, con un IMC medio de 23kg/m². El peso del paciente influyó en el tiempo de atención, percepciones, conductas y estrategias de tratamiento, con la identificación de prejuicios y actitudes negativas, principalmente relacionadas con las percepciones y reacciones de los estudiantes ante los pacientes con obesidad, donde las mujeres con obesidad recibieron peores evaluaciones en general.

Prejuicio; Obesidad; Estudiantes; Nutricionistas

Recebido em 23/Mai/2017

Versão final recebida em 21/Nov/2017

Aprovado em 18/Dez/2017