

**CURSO DE NUTRIÇÃO E METABOLISMO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

MARIA CLARA LOVATO PAGNANO

**Uma análise comparativa de atitudes antiobesidade entre mulheres estudantes de
graduação de diferentes áreas do conhecimento**

**Ribeirão Preto
2022**

MARIA CLARA LOVATO PAGNANO

**Uma análise comparativa de atitudes antiobesidade entre estudantes de graduação
de diferentes áreas do conhecimento**

Trabalho apresentado à disciplina de RNM4509 - Trabalho de Conclusão de Curso, para graduação no Curso de Nutrição e Metabolismo da FMRP/USP.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Fernanda Laus

Co-orientadora: Profa. Dra. Alessandra Junqueira

Ribeirão Preto

2022

Autorizo a reprodução e divulgação total deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

A inclusão deste trabalho foi aprovada pela Comissão Coordenadora do Curso em sua 167^a Sessão Ordinária, realizada em 04/11/2022.

RESUMO

PAGNANO, M.C.L. **Uma análise comparativa de atitudes antiobesidade entre estudantes de graduação de diferentes áreas do conhecimento.** 2022. 26p. Trabalho de Conclusão de Curso (Nutrição e Metabolismo) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, 2022.

As atitudes negativas direcionadas a indivíduos com obesidade e à obesidade em si são chamadas de “atitudes antiobesidade”. Diante do enfrentamento diário do preconceito, as pessoas gordas são vítimas de experiências de sofrimento psicológico, não circulam livremente e muitas vezes sentem que não pertencem à sociedade. Isso repercute na área da saúde, pois a prevalência de atitudes negativas em relação à obesidade entre profissionais dessa área é alta, dificultando um atendimento eficiente e fazendo com que haja uma esquiva da busca por assistência. Assim, o objetivo do presente estudo foi avaliar se mulheres universitárias, ao final do curso de graduação em nutrição, apresentaram maior frequência de atitudes antiobesidade quando comparadas a estudantes de outros cursos da área da saúde e estudantes das áreas de humanas, exatas e ciências agrárias. Participaram do estudo 331 mulheres, sendo 111 do curso de nutrição, 117 da área da saúde e 103 de outras áreas. As participantes responderam virtualmente a um questionário de caracterização, à Escala de Atitudes Antiobesidade (AFAT) e à Escala de Atitudes Alimentares Transtornadas (DEAS). Os resultados demonstraram que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos para os escores quanto às atitudes antiobesidade, mas houve para os escores quanto às atitudes alimentares transtornadas: as estudantes de nutrição apresentaram menos atitudes alimentares transtornadas do que as estudantes das áreas da saúde e de outras áreas. Assim, foi possível concluir que as estudantes universitárias do curso de graduação em nutrição, quando comparadas a estudantes de outros cursos da área da saúde e estudantes das áreas de humanas, exatas e ciências agrárias, não apresentaram maior frequência de atitudes antiobesidade e apresentaram menos atitudes alimentares transtornadas.

Palavras-chave: Atitudes antiobesidade; Estudantes de nutrição; Mulheres.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
1.1 Atitudes antibesidade	5
1.2 O estigma do peso na área da saúde	7
1.3 Comportamento alimentar transtornado	8
1.4 Justificativa	10
2 OBJETIVOS	11
2.1 Objetivo geral	11
2.2 Objetivos específicos	11
3 METODOLOGIA	12
3.1 Participantes	12
3.2 Materiais	12
3.3 Procedimentos	13
3.4 Análises de dados	14
4 RESULTADOS	15
5 DISCUSSÃO	19
6 CONCLUSÃO	22
REFERÊNCIAS	23

1 INTRODUÇÃO

1.1 Atitudes antiobesidade

A obesidade é uma doença caracterizada pelo acúmulo anormal de gordura corporal e pode estar associada a outras doenças, tais como: dislipidemias, doenças cardiovasculares, diabetes *mellitus* tipo II, alguns tipos de câncer, dificuldades respiratórias e distúrbios no aparelho locomotor. Sua etiologia é multifatorial, envolvendo, segundo Wanderley e Ferreira (2010), aspectos biológicos, históricos, ecológicos, políticos, socioeconômicos, psicossociais e culturais. Porém, quando se estuda a obesidade, o fator mais considerado é o biológico, relacionado ao estilo de vida e à prática de atividade física. O maior apporte energético, a redução da atividade física e/ou o sedentarismo, são vistos como maiores influenciadores nesse aumento do peso (COMÉRIO; FERREIRA; RIUL, 2009; PINHEIRO; FREITAS, 2004).

Atualmente, há um grande investimento da sociedade em um padrão estético dificilmente atingível e que está relacionado com sucesso, felicidade, bem-estar, beleza e êxito em relacionamentos no geral. Uma vez que o padrão estético do corpo magro influencia a alimentação e a prática de atividade física, essa concepção do ideal corporal, pautada em um corpo magro, é entendida como símbolo de saúde e beleza. Então, os corpos gordos, que estão fora do padrão de beleza considerado ideal, são desvalorizados, estigmatizados e hostilizados. Dessa forma, indivíduos acima do peso sofrem discriminação por meio de mecanismos de diversas ordens (sociais, midiáticos e culturais), o que caracteriza o estigma do peso, ou seja, a desvalorização social e marginalização de pessoas com excesso de peso. Esse estigma é acompanhado de atitudes antiobesidade, que são definidas por atitudes negativas direcionadas a indivíduos com obesidade e à obesidade em si. A discriminação em função do peso ocorre em diversos aspectos, tais como: emprego, saúde, relacionamentos interpessoais, mídia e educação. Em alguns casos, essas atitudes superam em prevalência o racismo, o sexismo e outras formas de preconceito (COMÉRIO; FERREIRA; RIUL, 2009; GRABE; WARD; HYDE, 2008; LORDANI, 2019; PUHL; HEUER, 2009; RODRIGUES; ARCOVERDE, 2014).

Alguns exemplos de estigma do peso em ambientes de emprego são: tratamento diferenciado, comentários pejorativos, humor depreciativo, não ser contratado, não

receber promoções ou ser demitido por causa do peso. Em ambientes de saúde, é comum os profissionais possuírem crenças de que pacientes com obesidade possuem baixa força de vontade, são preguiçosos, não aderentes ao tratamento, indisciplinados e culpados pelo seu peso. Na educação, professores e colegas demonstram baixas expectativas perante alunos com obesidade, pré-determinando a eles características negativas, como: diminuição das habilidades sociais, de raciocínio, físicas e de cooperação, e fazendo comentários depreciativos que os desestimulam a participar das aulas, principalmente de educação física. No ambiente midiático, o corpo magro é tido como desejável, valorizado, saudável e símbolo da felicidade, enquanto o corpo gordo é sub-representado, ou representado por meio de estereótipos humorísticos e impregnado de preconceitos, discriminações e estigma, representativo de uma falência moral e de falta de saúde. Nos relacionamentos interpessoais, indivíduos com obesidade são vistos como menos felizes, sexualmente menos atraentes, menos extrovertidos, menos inteligentes e menos bem-sucedidos (DE VASCONCELOS, 2004; LORDANI, 2019; PUHL; BROWNELL, 2001; PUHL; HEUER, 2009).

Ao analisarem as possíveis razões para o aumento do conteúdo sobre atitudes antiobesidade na internet, Santos e Sanchotene (2017) apoiaram-se em testemunhos de vítimas no *Youtube*. A pesquisa levantou vários relatos das *youtubers*, que diante do enfrentamento diário do preconceito (nas relações familiares, em consultas com profissionais da área da saúde, no transporte público, em lojas de roupa, na academia, em entrevistas de emprego, em relacionamentos amorosos), foram vítimas de experiências de sofrimento psicológico, tais como: pensamentos suicidas, depressão, relacionamentos abusivos, *bullying* na infância, sentimentos de inadequação, culpa por não conseguir emagrecer, ansiedade, etc. Assim, de acordo com Osório (2018), “ser uma mulher gorda é expor 24 horas, sete dias por semana, uma imperfeição pessoal”.

Um modelo chamado “COBWEBS” (*Cyclic Obesity/Weight-Based Stigma*) representa o estigma do peso como um ciclo vicioso de *feedback* positivo. Nele, esse estigma é caracterizado como estressor, sendo o estresse definido por Baum (1990, p. 653) como “uma experiência emocional negativa acompanhada de fatores bioquímicos, fisiológicos, cognitivos, e mudanças comportamentais que são direcionadas para alterar o evento estressante ou que acomoda seus efeitos”. Sofrer estigma social pelo peso é uma experiência emocional negativa e pesquisas revelam que, após algum evento desses, mudanças bioquímicas, fisiológicas, cognitivas e comportamentais ocorrem. Como exemplo e respectivamente, ocorre liberação de cortisol (um hormônio que

promove o aumento da ingestão alimentar e o armazenamento de gordura), sensibilização à recompensa, diminuição da função executiva e alteração no comportamento alimentar. Sendo assim, o efeito desse processo é o aumento do peso, o que expõe os indivíduos novamente a experiências de estigma do peso, reiniciando o ciclo (BAUM, 1990; TOMIYAMA, 2014).

Fernández-Ramírez e Escudero (2012), sobre a “indústria da beleza”, disseram que “uma máquina comercial bastante rentável vem ganhando espaço social para eliminar a obesidade por meio da propagação de benefícios de dietas, cirurgias, exercícios e mudança de estilo de vida”, que muitas vezes são de validade duvidosa. O discurso dessa indústria visa impor uma “verdade” que afirma ser o corpo magro a única forma de os indivíduos se sentirem pertencentes à sociedade e poderem circular livremente sem julgamentos. Além disso, é preciso reconhecer que esse estigma corporal não é um instrumento benéfico para a saúde pública, pois ameaça a saúde psicológica e física dos indivíduos com obesidade, uma vez que o estresse associado ao estigma pode desencadear outras doenças, além de agravar a obesidade (ARAÚJO *et al.*, 2018; FERNÁNDEZ-RAMÍREZ; ESCUDERO, 2012; PUHL; HEUER, 2010).

1.2 O estigma do peso na área da saúde

O estigma do peso e o preconceito, vulnerabiliza e desestimula os indivíduos com obesidade a procurarem cuidados de saúde. Os resultados de um estudo populacional que explorou a associação entre peso corporal, estigma do peso e prevenção de cuidados de saúde confirmou que os estigmas sociais e médicos para com a obesidade atuam como barreiras para as pessoas gordas na procura de cuidados . À medida que o peso aumentava, a taxa de atraso e evasão na assistência médica também aumentava. Os motivos encontrados que se relacionaram ao peso foram, o “medo de ter ganhado peso desde a última consulta”, “saber que a instrução para perder peso seria dada” e “não querer ser pesado na balança”. Dessa forma, o aumento no índice de massa corporal (IMC) esteve associado a um maior atraso e menor prevenção da saúde (ALEGRIA DRURY; LOUIS, 2002). Esses fatos acarretam um maior uso da assistência médica secundária e terciária, pois essa esquia da procura médica pelos pacientes com obesidade, pelo preconceito que sofrem, acaba dificultando ou até mesmo impedindo a detecção precoce de problemas de saúde, aumentando a probabilidade desses problemas acontecerem e se agravarem, gerando maiores custos para a saúde do Estado

(SCHWARTZ *et al.*, 2003).

Assim, a visão tendenciosa sobre pessoas com obesidade prejudica enormemente a relação médico-paciente e corrobora o estigma do peso, o que ao invés de motivar os pacientes a perderem peso, contribui para problemas físicos e psicológicos (IP *et al.*, 2013). De acordo com Silva e Cantisani (2018), estudos internacionais constatam atitudes negativas em relação à obesidade entre médicos, enfermeiros, psicólogos, educadores físicos e nutricionistas. Até mesmo médicos especializados no tratamento da obesidade se mostraram com atitudes negativas e visão estereotipada de pessoas que a possuem (SCHWARTZ *et al.*, 2003).

Um estudo transversal descritivo que analisou as atitudes de nutricionistas em relação a indivíduos com obesidade indicou alta estigmatização da obesidade e preconceito por parte desses profissionais, que os atribuíram adjetivos como “gulosos”, “não atraentes”, “desajeitados”, “sem determinação” e “preguiçosos”. As causas da doença que mais foram apontadas por esses profissionais foram: inatividade física, alterações emocionais e de humor, vício ou dependência de comida, comer mais do que o necessário, comer alimentos inadequados e baixa autoestima. Desse modo, pode-se entender que esses nutricionistas enxergam a doença como um problema comportamental e psicológico, o que não é equivocado, porém não abrange os outros fatores envolvidos na etiologia da obesidade como por exemplo as alterações metabólico-hormonais, a situação financeira e social, a interação entre heranças genéticas e a prática crônica de dietas. Essas crenças perpetuam a frequente culpabilização e responsabilização pela obesidade que é atribuída aos indivíduos com obesidade, o que reflete fortemente no atendimento de saúde. Neste estudo, 97,1% dos participantes eram mulheres (CORI; PETTY; ALVARENGA, 2015).

Nesse sentido, parece plausível supor que pessoas gordofóbicas acreditam que há um corpo ideal, que é sinônimo de saúde e sucesso. Porém, a internalização dos padrões de beleza tende a gerar uma insatisfação corporal que pode resultar em um “comer transtornado”.

1.3 Comportamento alimentar transtornado

Os transtornos alimentares (TA) são doenças graves que provocam elevados índices de letalidade e podem gerar limitações físicas, emocionais e sociais. Segundo Melin e Araújo (2002), eles são caracterizados principalmente pelo medo de engordar, pela

preocupação exagerada com o peso e a forma corporal, redução voluntária do consumo alimentar, progressiva perda de peso e ingestão compulsiva de alimentos seguida de purgação (comumente feita pelo uso de laxantes e/ou diuréticos ou pela indução voluntária do vômito). Entre os transtornos alimentares, a anorexia nervosa e a bulimia nervosa são os mais prevalentes (DE ABREU; CANGELLI FILHO, 2005; MORAES *et al.*, 2017).

De acordo com a posição da Associação Dietética Americana, transtornos alimentares são doenças mentais que devem ser diagnosticadas baseadas em características psicológicas, comportamentais e fisiológicas. Para o paciente ser diagnosticado com um transtorno alimentar, ele deve preencher os critérios diagnósticos descritos no sistema classificatório de transtornos mentais DSM-V (*Diagnostic and Statistical Manual, V edition*) (AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION, 2006; PEREIRA; ALVARENGA, 2007).

No entanto, anterior aos transtornos alimentares clássicos, ocorre um período de “comportamentos de risco para TA”, chamados de “comportamento alimentar transtornado”, que são práticas não saudáveis para controle do peso que podem gerar prejuízos emocionais e físicos, insatisfação corporal e isolamento social. Alguns desses comportamentos são: restrição alimentar (hábito de fazer dietas restritivas ou jejum), compulsão alimentar, práticas purgativas (uso de laxantes, diuréticos e vômitos autoinduzidos), uso de substitutos de refeições (como *shakes* ou suplementos), pular refeições, tomar remédios para emagrecer e fumar mais cigarros para mascarar a fome. Desse modo, é preciso saber identificá-los precocemente para evitar que o indivíduo desenvolva um algum tipo de TA (LEAL *et al.*, 2013; NEUMARK-SZTAINER, 2004).

Em um estudo com 2.489 universitárias brasileiras, o comportamento alimentar transtornado foi demonstrado como muito frequente. Os resultados encontrados foram que 40,7% delas faziam regime para emagrecer, 35,6% faziam dieta ou utilizavam métodos compensatórios, 23,9% pulavam refeições, 12,6% ficavam à base de líquidos ou sem comer para emagrecer, e 3,3% vomitavam.

Outro estudo, que avaliou a prevalência do comportamento alimentar transtornado em 1524 mulheres selecionadas aleatoriamente na Região Sul do Brasil, com faixa etária entre 12 e 29 anos, mostrou que 8,5% delas usavam laxantes, 3,1% praticavam jejum, 2,8% usavam diuréticos e 1,4% vomitavam (ALVARENGA; LOURENÇO, 2013; NUNES *et al.*, 2003).

Sendo assim, a prática de dietas restritivas que objetivam a perda de peso tornou-se

um ato corriqueiro, principalmente entre as mulheres. O gênero feminino é o mais afetado pelos padrões estéticos impostos socialmente, ou seja, é o que mais internaliza o ideal de corpo padronizado, produzindo comparação social, insatisfação corporal e distúrbios de imagem corporal (GOIS; FARIA, 2021).

1.4 Justificativa

Considerando que nutricionistas estão envolvidos diretamente no tratamento da obesidade, faz-se necessária uma formação menos biologicista e estigmatizada e mais humanista, com discussões amplas sobre os aspectos diversos além da saúde envolvidos na obesidade. É necessário existir um olhar mais amplo sobre o indivíduo com obesidade, aprendizados sobre tratamentos mais humanizados, individualizados, abrangentes, respeitosos e, assim, eficazes.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar se mulheres universitárias, ao final do curso de graduação em nutrição, apresentam maior frequência de atitudes antiobesidade quando comparadas a estudantes de outros cursos.

2.2 Objetivos específicos

Avaliar possíveis diferenças na subescala de depreciação social e do caráter, não atratividade física e romântica e controle do peso e culpa entre alunas de nutrição, de outros cursos da área da saúde e das áreas de humanas, exatas e ciências agrárias.

Comparar a presença de atitudes alimentares transtornadas entre esses três grupos.

3 METODOLOGIA

3.1 Participantes

O *pool* inicial de participantes consistiu em 662 mulheres, graduandas do último ano. No entanto, dados de 331 participantes foram omitidos por não se enquadarem nos critérios de inclusão ou não terem respondido aos questionários, resultando em uma amostra final de 331 mulheres, recrutadas por meio de plataformas digitais entre os meses de setembro e novembro de 2020.

Foram utilizados como critérios de inclusão: ser do sexo feminino, possuir idade igual ou superior a 18 anos e estar matriculada no último ano de graduação dos cursos de nutrição, outros da área da saúde e das áreas de humanas, exatas e ciências agrárias. Como critérios de exclusão foram utilizados os seguintes requisitos: não responder um ou mais questionários, mulheres gestantes e/ou nutrizes, possuir alguma condição de saúde que possa ter impacto direto na alimentação (por exemplo: alergias alimentares, doença de Crohn, doença do intestino irritável e diabetes *mellitus*) ou que tivessem qualquer condição de saúde que pode ter influência direta ou indireta na aparência física (por exemplo: AIDS, câncer, doenças reumatológicas ou autoimunes e queimaduras severas) e estar buscando ou realizado cirurgia bariátrica.

3.2 Materiais

Questionário de caracterização sociodemográfica: Foi desenvolvido pelas próprias pesquisadoras para caracterização e estratificação da amostra. Foram solicitados dados como: idade, peso, altura, etnia, condição socioeconômica, curso e período da graduação (APÊNDICE A).

Escala de Atitudes Antibesidade (AFAT): (LEWIS *et al.*, 1997; adaptação brasileira: OBARA; ALVARENGA, 2018): A versão brasileira do instrumento é uma escala composta por 34 itens que avaliam atitudes negativas para com o indivíduo com obesidade. Seus itens são distribuídos em três subescalas: (1) “Depreciação social e do caráter”, (2) “Não atratividade física e romântica” e (3) “Controle do peso e culpa”. As participantes foram orientadas a indicar o grau de concordância para cada item em uma escala de pontos que varia de um ponto (“não concordo com nada”) a cinco pontos

(“concordo totalmente”), sendo os escores da escala completa e de suas subescalas calculados pela média dos itens. Maiores escores indicam atitudes mais negativas em relação à obesidade e aos indivíduos com obesidade.

Escala de Atitudes Alimentares Transtornadas (DEAS): (ALVARENGA; SCAGLIUSI; PHILIPPI, 2010). O instrumento é uma escala composta de 25 itens que acessa atitudes alimentares, como um construto que envolve crenças, pensamentos, sentimentos, comportamentos e relação com a comida. Seus itens são divididos em cinco subescalas: 1) “Relação com alimento”, que mede atitudes relacionadas à maneira como os indivíduos lidam com a comida em termos de controle alimentar, recusa alimentar, culpa, raiva, desejo e vergonha, (2) “Preocupação com alimento e ganho de peso”, que avalia preocupações sobre calorias, controle de ingestão, pensamentos obsessivos sobre alimentação e ganho de peso, (3) “Práticas restritivas e compensatórias”, que avalia restrição de alimentos, calorias e atitudes com o objetivo de compensar a ingestão de alimentos grande ou descontrolada, (4) “Sentimento em relação à alimentação”, que reflete sentimentos sobre prazer e lembranças alimentares e como é normal comer e (5) “Conceito de alimentação normal”, que avalia conceitos e crenças de nutrição. As participantes foram solicitadas a responderem aos itens projetados para serem classificados em escala na forma Likert, sendo a pontuação final do instrumento e das subescalas a somatória dos pontos. Maiores pontuações indicam atitudes mais disfuncionais.

3.3 Procedimentos

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP (CAAE: 29780620.3.0000.5498). As participantes foram informadas previamente sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e participaram de forma voluntária, após darem aceite ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do projeto de pesquisa (APÊNDICE B).

A coleta de dados foi realizada de forma virtual por meio da plataforma *SurveyMonkey*. As participantes do estudo foram recrutadas por meio de convite divulgado nas redes sociais das próprias pesquisadoras. Neste convite, foram apresentados os objetivos e a importância da pesquisa; identificação, instituição, endereço e contato das pesquisadoras; instruções e endereço (URL) de acesso ao formulário. As participantes estavam livres para encaminhar o link para seus

conhecidos, a fim de recrutar participantes adicionais.

A participante que acessou o formulário por meio do link disponibilizado foi direcionada para a plataforma da coleta de dados, na qual foi apresentado o TCLE. Após a participante dar o aceite ao termo ela foi redirecionada para o questionário sociodemográfico. Caso a resposta para alguma das alternativas relacionadas aos critérios de exclusão fosse afirmativa, a participante era redirecionada para uma página de agradecimento e a sua participação na pesquisa finalizada. Caso atendessem aos critérios de elegibilidade, as participantes eram direcionadas às páginas com os instrumentos do estudo até a sua finalização. A coleta foi encerrada quando o número de participantes estipulado foi atingido.

3.4 Análises de dados

As participantes do estudo foram agrupadas de acordo com o curso de graduação, sendo o Grupo 1 composto por estudantes do último ano de nutrição, Grupo 2 composto por estudantes de medicina, odontologia, enfermagem, farmácia, fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional e educação física, e Grupo 3 composto por estudantes de graduação das áreas de humanas, exatas e ciências agrárias. A classificação do Índice de Massa Corporal (IMC) das participantes foi realizada calculando-se a relação entre o peso (kg) e a altura (m) ao quadrado. A OMS propõe para adultos pontos de corte do IMC de < 18,5 kg/m² – desnutrição; 18,5 - 24,9 kg/m² – eutrofia; 25,0 - 29,9 kg/m² – sobrepeso; 30,0 - 34,9 kg/m² – obesidade grau I; 35,0 - 39,9 kg/m² – obesidade grau II e ≥ 40,0 kg/m² – obesidades grau III (WHO, 2000).

Os dados foram processados no software SPSS, versão 24.0 adotando nível de significância de 5%. Estatísticas descritivas foram apresentadas como médias e desvio-padrão para as variáveis contínuas e como frequências e porcentagens para as variáveis categóricas. A comparação entre os grupos foi realizada por meio da Análise de Variância de uma via (Anova *One-Way*), com o curso como variável independente e a pontuação da AFAT e da DEAS e suas subescalas como variáveis dependentes, seguida do teste *post hoc* de Bonferroni.

4 RESULTADOS

O estudo contou com uma amostra total de 331 estudantes universitárias, com média de idade de 23,47 anos (DP = 3,35), variando de 20 a 47 anos, e um IMC médio autorreferido de 23,36 kg/m² (DP = 4,21), variando de 16,33 kg/m² a 43,55 kg/m². A tabela 1 apresenta os dados de idade, peso, altura e IMC por grupo.

Tabela 1 - Valores mínimo, máximo, média e desvio padrão (DP) de características sociodemográficas das estudantes de graduação. Ribeirão Preto, 2020 (n = 331).

	Nutrição (N = 111)	Área da Saúde (N = 117)	Outras áreas (N = 103)
Idade (anos)			
Média (DP)	23,97 (4,23)	23,59 (3,25)	22,80 (2,04)
Mínimo - máximo	20 - 47	20 - 47	20 - 35
Peso (em kg)			
Média (DP)	59,56 (9,86)	63,56 (11,45)	64,11 (14,17)
Mínimo - máximo	42,00 - 95,00	46,00 - 111,50	44,00 - 110,00
Altura (em metros)			
Média (DP)	1,62 (0,06)	1,63 (0,06)	1,65 (0,07)
Mínimo - máximo	1,50 - 1,75	1,50 - 1,77	1,52 - 1,84
IMC (kg/m²)			
Média (DP)	22,56 (3,45)	23,89 (4,31)	23,61 (4,73)
Mínimo - máximo	16,33 - 38,05	17,63 - 43,55	16,53 - 41,40

Fonte: Próprio autor

Em relação aos dados sociodemográficos de caracterização da amostra, a maioria das participantes do estudo descreveu-se como branca (82,5%, n = 273) e solteira (88,8%, n = 294). Quanto ao nível socioeconômico, 37,2% (n = 123) relataram pertencer a classe C e 26,3% (n = 87) relataram ser da classe D. Além disso, a maioria foi classificada como eutrófica (67,1%, n = 222). A descrição completa por grupo encontra-se na tabela 2.

Tabela 2 – Caracterização da amostra de universitárias (n = 331) em frequência relativa (%) e absoluta (N) de acordo com o Questionário de Caracterização Sociodemográfica, Ribeirão Preto, 2020.

	Nutrição (N = 111)	Área da Saúde (N = 117)	Outras áreas (N = 103)
	n (%)	n (%)	n (%)
Estado nutricional			
Baixo peso	7 (6,3%)	5 (4,3%)	8 (7,8%)
Eutrofia	85 (76,7%)	74 (63,2%)	63 (61,2%)
Sobrepeso	14 (12,6%)	29 (24,8%)	20 (19,4%)
Obesidade	5 (4,5%)	9 (7,7%)	12 (11,7%)
Cor da pele			
Branca	87 (78,4%)	96 (82,1%)	90 (87,4%)
Negra	5 (4,5%)	6 (5,1%)	2 (1,9%)
Parda	19 (17,1%)	13 (11,1%)	9 (8,7%)
Amarela	0 (0%)	2 (1,7%)	2 (1,9%)
Estado civil			
Solteira	94 (84,7%)	104 (88,9%)	96 (93,2%)
Morando junto	7 (6,3%)	6 (5,1%)	6 (5,8%)
Casada	9 (8,1%)	7 (6,0%)	1 (1,0%)
Divorciada	1 (0,9%)	-	-
Classe socioeconômica			
A	10 (9,0%)	5 (4,3%)	18 (17,5%)
B	16 (14,4%)	18 (15,4%)	23 (22,3%)
C	38 (34,2%)	48 (41,0%)	37 (35,9%)
D	34 (30,6%)	31 (26,5%)	22 (21,4%)
E	13 (11,7%)	15 (12,8%)	3 (2,9%)

Fonte: Próprio autor. Nota: Classe A (acima de 20 SM); Classe B (10-20 SM); Classe C (4 a 10 SM), Classe D (2 a 4 SM) e Classe E (até 2 SM).

A tabela 3 descreve as médias (DP) dos questionários utilizados no estudo. É possível observar que não houve diferença significativa nas atitudes antibesidade entre os grupos. Entretanto, diferenças significativas foram encontradas na subescala “Preocupação com o alimento”, “Relação com o alimento”, “Práticas restritivas/compensatórias”, “Conceito de alimentação normal” e na pontuação total da

DEAS. Esses resultados sugerem que as estudantes de nutrição apresentaram menos atitudes alimentares transtornadas do que estudantes das áreas da saúde e de outras áreas. Pensamentos obsessivos sobre alimentação, preocupação com as calorias dos alimentos, com o controle da ingestão alimentar e com o ganho de peso foram menos frequentes em estudantes de nutrição do que em estudantes das áreas da saúde. Além disso, as estudantes de nutrição apresentaram menos disfunções relacionadas à maneira como lidam com o alimento, em termos de controle alimentar, recusa alimentar, culpa, raiva, desejo e vergonha, quando comparadas a estudantes das áreas da saúde e de outras áreas. Estudantes de nutrição, quando comparadas às estudantes das áreas da saúde, relataram menos práticas de restrição de alimentos e calorias e menos atitudes que visam compensar a alta ou descontrolada ingestão de alimentos. Além disso, as estudantes de nutrição apresentaram crenças nutricionais menos rígidas em comparação às estudantes das áreas da saúde e de outras áreas (Tabela 3).

Tabela 3 – Média e desvio padrão (DP) dos escores dos instrumentos por grupo, seguido da análise ANOVA, Ribeirão Preto, 2020.

	Nutrição (N = 111)	Área da saúde (N = 117)	Outras áreas (N = 103)	F	p
AFAT - Controle do peso e culpa	1,71 (0,61)	1,79 (0,60)	1,68 (0,59)	1,09	0,34
AFAT - Não atratividade	1,49 (0,39)	1,55 (0,40)	1,52 (0,40)	0,60	0,55
AFAT - Depreciação social/caráter	1,13 (0,19)	1,16 (0,23)	1,15 (0,19)	0,44	0,64
AFAT - Total	1,39 (0,30)	1,44 (0,33)	1,40 (0,30)	0,89	0,41
DEAS - Preocupação com alimento	6,14 (3,12) ^a	7,27 (3,48)	7,20 (3,44)	4,03	0,02
DEAS - Relação com alimento	17,76 (7,09) ^{a,b}	22,88 (9,75)	22,86 (10,49)	11,4	0,00
DEAS - Práticas restritivas/compensatórias	5,30 (2,85) ^a	7,08 (4,15)	6,19 (3,66)	6,96	0,00
DEAS - Sentimentos	3,25 (0,98)	3,34 (1,35)	3,50 (1,74)	0,91	0,40
DEAS - Conceito alimentação normal	19,26 (5,35) ^{a,b}	23,49 (6,72)	24,76 (6,58)	23,11	0,00
DEAS - Total	51,70 (13,21) ^{a,b}	64,06 (16,12)	64,52 (18,83)	22,4	0,00

Nota: AFAT: Escala de Atitudes Antibesidade; DEAS: Escala de Atitudes Alimentares Transtornadas.

^adiferença entre curso de nutrição e área da saúde; ^bdiferença entre nutrição e outras áreas.

5 DISCUSSÃO

O presente trabalho teve como principal objetivo comparar atitudes antiobesidade entre estudantes de nutrição e estudantes de outras áreas da saúde e das áreas de humanas, exatas e ciências agrárias. A análise de comparação entre os grupos não mostrou diferença significativa nas atitudes antiobesidade entre as graduandas participantes e as estudantes de Nutrição apresentaram menor frequência de atitudes alimentares transtornadas. Estudantes da área da saúde tiveram maior presença de atitudes alimentares transtornadas.

Diversos estudos demonstram alta prevalência de atitudes antiobesidade entre estudantes e profissionais da área da saúde, principalmente da área da Nutrição. Uma importante revisão sistemática demonstrou grande prevalência de atitudes antiobesidade - chamadas de “estigma do peso” no artigo - em fisioterapeutas, profissionais de educação física e nutricionistas. Dos 31 artigos analisados, 20 avaliaram “profissionais do exercício” e 11 avaliaram “profissionais da nutrição”. Evidências de atitudes antiobesidade foram encontradas, respectivamente para cada grupo de profissionais, em 17 (85%) e 8 (73%) artigos (PANZA *et al.*, 2018).

Swift *et al.* (2013), também investigando gordofobia (atitudes negativas e estereótipos sobre pessoas gordas) em 1130 estudantes de nutrição, medicina e enfermagem, encontraram que 10,5% expressaram níveis altos e preocupantes, enquanto apenas 1,4% apresentaram atitudes positivas ou neutras para com indivíduos gordos. Em relação ao curso de nutrição especificamente, Obara, Vivolo e Alvarenga (2018) encontraram que, para estudantes de nutrição, o peso do paciente influenciou negativamente no tempo de atendimento e nas percepções, condutas e estratégias de tratamento nutricional. Alegria Drury e Louis (2002) encontraram que o aumento no índice de massa corporal (IMC) está associado a um maior atraso e menor prevenção da saúde.

É indiscutível que essas atitudes são extremamente prejudiciais no acompanhamento de saúde do indivíduo gordo. Porém, apesar de muitos estudos focarem nos profissionais da saúde, foi possível observar no presente estudo que a área do curso de graduação não garantiu diferença significativa nos resultados de atitudes antiobesidade entre os grupos. As atitudes antiobesidade parecem estar enraizadas na sociedade. A propagação do ideal de beleza pautada exclusivamente em um corpo

magro faz parte de um discurso hegemônico e ideológico que constrói seus argumentos desde a nossa infância, por meio de programas de televisão e das mídias em geral.

A inexistência de superioridade na pontuação de atitudes antiobesidade nas estudantes do curso de nutrição do presente estudo provavelmente está relacionada com a ampliação do estudo do comportamento alimentar, atualmente nomeada de “Nutrição Comportamental”. De acordo com Villela *et al.* (2021), abordagens do campo comportamental ampliam a compreensão dos indivíduos para além das questões biológicas clássicas, promovem autonomia, auxiliam na construção de um plano orientado conforme os desejos, necessidades e valores de cada paciente, estabelecem um relacionamento com vínculo terapêutico baseado na escuta e na comunicação não violenta, promovem segurança na relação paciente-nutricionista e autonomia do paciente sobre si mesmo.

O Conselho Federal de Nutricionistas (CFN) escreveu uma nota sobre a *live* que teve como objetivo a reflexão sobre o movimento contra a gordofobia e o fenômeno da obesidade. Nela, discute-se a complexidade do fenômeno desta doença, a abrangência dos critérios diagnósticos e a necessidade de novos modelos explicativos que contemplam não somente o indivíduo e seu comportamento, mas o meio ambiente e os determinantes sociais e comerciais envolvidos na etiologia da obesidade (CFN, 2020).

Em um estudo de intervenção com estudantes, foram apresentadas as causas incontroláveis da obesidade, os efeitos nocivos que o estigma do peso gera, um vídeo de entrevista com uma pessoa com obesidade, e foram feitas discussões em grupo e atividades de escrita e reflexão. Comparados aos alunos que foram apresentados apenas às intervenções “controláveis” (fazer dieta e exercício físico), o estigma do peso explícito diminuiu significativamente nesses alunos que participaram das intervenções incontroláveis (WIJAYATUNGA, 2019). Desta forma, supõe-se que discutir mais sobre a obesidade e apresentar a multifatorialidade envolvida no seu desenvolvimento parece diminuir o estigma social para com a esta doença e com os indivíduos que a possuem.

Por mais que o discurso antiobesidade ainda seja prevalente, movimentos de resistência e contestação a essa forma de discriminação vêm ganhando força pelo mundo. O Movimento “*body-positivity*” (positividade corporal), por exemplo, popularizou-se nas mídias sociais por meio da promoção de uma percepção mais positiva sobre a imagem corporal. Desde então, disseminou-se a noção de que a imagem corporal positiva está associada a maiores níveis de bem-estar psicológico, social e emocional. O padrão de beleza magro passou a ser contestado, pois o Movimento prega

aceitação e respeito por todos os tipos de corpos, não importando forma, tamanho, nem características, e foca na apreciação da funcionalidade do corpo em detrimento da aparência. Fomentar a apreciação da funcionalidade do próprio corpo é a técnica mais eficaz para reduzir o estigma do peso e aumentar a imagem corporal positiva (ALLEVA *et al.*, 2021; SWAMI *et al.*, 2018; COHEN; NEWTON-JOHN; SLATER, 2021).

Em um estudo que analisou como funcionam e como são formadas as redes da internet que informam sobre atitudes antibesidade, com o objetivo de entender o potencial educacional e a capacidade de gerar ativismo que elas têm, encontrou-se um aumento exponencial dessas páginas *online*, bem como uma grande adesão pelo público. Isso deve-se ao fato de a internet, além de um meio de comunicação, democratizar o acesso à informação e ser um espaço de socialização informal, sem hierarquias (RANGEL, 2017).

Cohen, Newton-John e Slater (2021), ao analisarem os benefícios e desvantagens do movimento “*body positivity*”, concluíram que ele pode ser uma via para melhorar a imagem corporal positiva a nível populacional por meio das redes sociais. Com a popularização do Instagram, o Movimento ganhou ainda mais força e hoje conta com mais de 16 milhões de postagens marcadas com #*bodypositive*, geralmente incluindo fotos de corpos com diversos tamanhos e aparências que, anteriormente, eram extremamente sub-representados.

No presente estudo, as estudantes de nutrição reportaram menos práticas restritivas e compensatórias, ou seja, com menos atitudes alimentares disfuncionais quando comparadas aos demais grupos. É importante ressaltar, todavia, que esses resultados podem ter sido mascarados pelo viés de *desejabilidade social*, que corresponde à “propensão por parte das pessoas a dar respostas consideradas como socialmente mais aceitáveis e a negar associação pessoal com opiniões ou comportamentos considerados socialmente desabonadores” (DE CASTRO RIBAS; SEIDL-DE-MOURA; HUTZ, 2004).

6 CONCLUSÃO

O presente estudo mostrou que as estudantes universitárias do curso de graduação em nutrição não apresentaram maior frequência de atitudes antiobesidade quando comparadas a estudantes de outros cursos da área da saúde e estudantes das áreas de humanas, exatas e ciências agrárias. Também não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos nos resultados das subescalas que avaliam “depreciação social e do caráter”, “não atratividade física e romântica” e “controle do peso e culpa”. Entretanto, as estudantes de nutrição apresentaram menos atitudes alimentares transtornadas do que estudantes das áreas da saúde e de outras áreas.

REFERÊNCIAS¹

- ALEGRIA DRURY, C. A.; LOUIS, M. Exploring the association between body weight, stigma of obesity, and health care avoidance. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners**, v. 14, n. 12, p. 554-561, 2002.
- ALLEVA, J. M. *et al.* "What can her body do?" Reducing weight stigma by appreciating another person's body functionality. **PloS one**, v. 16, n. 5, p. e0251507, 2021.
- ALVARENGA, M. D. S. *et al.* Disordered eating among Brazilian female college students. **Cadernos de saude publica**, v. 29, n. 5, p. 879-888, 2013.
- ALVARENGA, M. D. S.; SCAGLIUSI, F. B.; PHILIPPI, S. T. Development and validity of the disordered eating attitude scale (DEAS). **Perceptual and motor skills**, v. 110, n. 2, p. 379-395, 2010.
- AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION *et al.* Position of the American Dietetic Association: Nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and other eating disorders. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 106, n. 12, p. 2073-2082, 2006.
- ARAÚJO, L. S. *et al.* Discriminação baseada no peso: representações sociais de internautas sobre a gordofobia. **Psicologia em estudo**, v. 23, p. 1-17, 2018.
- BAUM, Andrew. Stress, intrusive imagery, and chronic distress. **Health psychology**, v. 9, n. 6, p. 653, 1990.
- COHEN, R.; NEWTON-JOHN, T.; SLATER, A. The case for body positivity on social media: Perspectives on current advances and future directions. **Journal of health psychology**, v. 26, n. 13, p. 2365-2373, 2021.
- COMÉRIO, L. M. S.; FERREIRA, V. A.; RIUL, T. R. Alimento e corpo signo: um estudo a respeito das concepções de corpo, alimentação e estilo de vida de universitárias. **RBONE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 3, n. 13, p. 9, 2009.
- CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS (Brasília). Nota de 24 de Setembro de 2020. **LIVE “NUTRIÇÃO E CIDADANIA: RESPEITO E ACOLHIMENTO”: um convite à reflexão sobre o movimento contra a gordofobia e o fenômeno da obesidade**. Disponível em:
<https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2020/10/NOTA-GORDOFOBIA.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2021.
- CORI, G. C.; PETTY, M. L. B.; ALVARENGA, M. S. Atitudes de nutricionistas em relação a indivíduos obesos—um estudo exploratório. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 565-576, 2015.

¹ ABNT

DE ABREU, C. N.; CANGELLI FILHO, R. Anorexia nervosa e bulimia nervosa: a abordagem cognitivo-construtivista de psicoterapia. **Psicologia: teoria e prática**, v. 7, n. 1, p. 153-165, 2005.

DE CASTRO RIBAS, R.; SEIDL-DE-MOURA, M. L.; HUTZ, C. S. Adaptação brasileira da escala de deseabilidade social de Marlowe-Crowne. **Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment**, v. 3, n. 2, p. 83-92, 2004.

DE VASCONCELOS, N. A. Um peso na alma: o corpo gordo e a mídia. **Revista Subjetividades**, v. 4, n. 1, p. 65-93, 2004.

FERNÁNDEZ-RAMÍREZ, B.; ESCUDERO, E. B. Estigma e identidad de las personas obesas en la semántica del discurso público. **Discurso & Sociedad**, v. 6, n. 2, p. 314-359, 2012.

GOIS, I.; FARIA, A. L. A cultura da magreza como fator social na etiologia de transtornos alimentares em mulheres: uma revisão narrativa da literatura. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 7, n. 1, p. 139-155, 2021.

GRABE, S.; WARD, L. M.; HYDE, J. S. The role of the media in body image concerns among women: a meta-analysis of experimental and correlational studies. **Psychological bulletin**, v. 134, n. 3, p. 460-476, 2008.

IP, E. H. *et al.* Measuring medical student attitudes and beliefs regarding obese patients. **Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges**, v. 88, n. 2, 2013.

LEAL, G. V. D. S. *et al.* O que é comportamento de risco para transtornos alimentares em adolescentes?. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 62, p. 62-75, 2013.

LEWIS, R. J.; CASH, T. F.; BUBB-LEWIS, C. Prejudice toward fat people: the development and validation of the antifat attitudes test. **Obesity Research**, v. 5, n. 4, p. 297-307, 1997.

LORDANI, C. R. F. **Representações sociais de sujeitos em situação de obesidade considerada grave: trajetórias de vida e Itinerários terapêuticos no Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2019. 311f. Tese (Doutorado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais. São Leopoldo. Rio Grande do Sul, 2019.

MELIN, P.; ARAÚJO, A. M. Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 24, p. 73-76, 2002.

MORAES, J. M. M. *et al.* Fatores associados à insatisfação corporal e comportamentos de risco para transtornos alimentares entre estudantes de nutrição/factors associated with body dissatisfaction and behaviour of risk for eating disorders among nutrition students. **Revista de Pesquisa em Saúde**, v. 17, n. 2, 2016.

NEUMARK-SZTAINER, D. *et al.* Are family meal patterns associated with disordered eating behaviors among adolescents?. **Journal of adolescent health**, v. 35, n. 5, p. 350-359, 2004.

NUNES, M. A. *et al.* Prevalence of abnormal eating behaviours and inappropriate methods of weight control in young women from Brazil: a population-based study. **Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, v. 8, n. 2, p. 100-106, 2003.

OBARA, A. A.; ALVARENGA, M. S. Adaptação transcultural da Escala de Atitudes Antiobesidade para o português do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1507-1520, 2018.

OBARA, A. A.; VIVOLO, S. R. G. F.; ALVARENGA, M. S. Preconceito relacionado ao peso na conduta nutricional: um estudo com estudantes de nutrição. **Cadernos de saude publica**, v. 34, p. e00088017, 2018.

OSÓRIO, T. “**ALÉM DO G**”: WEBSÉRIE DOCUMENTAL SOBRE GORDOFOBIA. 2018. 44 f. TCC (Graduação) - Curso de Comunicação Social - Jornalismo, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2018. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/58473/OSORIO_Thaiany_alem_d_o_G.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 22 jan. 2020.

PANZA, G. A. *et al.* Weight bias among exercise and nutrition professionals: a systematic review. **Obesity Reviews**, v. 19, n. 11, p. 1492-1503, 2018.

PEREIRA, R. F.; ALVARENGA, M. Disordered eating: identifying, treating, preventing, and differentiating it from eating disorders. **Diabetes Spectrum**, v. 20, n. 3, p. 141-148, 2007.

PINHEIRO, A. R. O.; FREITAS, S. F. T.; CORSO, A. C. T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Revista de Nutrição**, v. 17, p. 523-533, 2004.

PUHL, R. M.; BROWNELL, K. D. Bias, discrimination, and obesity. **Obesity research**, v. 9, n. 12, p. 788-805, 2001.

PUHL, R. M.; HEUER, C. A. Obesity stigma: important considerations for public health. **American journal of public health**, v. 100, n. 6, p. 1019-1028, 2010.

PUHL, R. M.; HEUER, C. A. The stigma of obesity: a review and update. **Obesity**, v. 17, n. 5, p. 941-964, 2009.

PUHL, R.; WHARTON, C.; HEUER, C. Weight bias among dietetics students: implications for treatment practices. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 109, n. 3, p. 438-444, 2009.

RANGEL, N. F. A. **Redes da internet como meio educativo sobre gordofobia**. Monografia de graduação (Licenciatura em Ciências Sociais) - Universidade Federal de Santa Catarina, 2017.

RODRIGUES, R.; ARCOVERDE, V. **Cinderela não é gorda**: Análise da personagem Perséfone na novela Amor à Vida. 2014. 59 f. Trabalho de Conclusão de Graduação (Comunicação Social - Jornalismo) - Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil, 2014.

SANTOS, A.; SANCHOTENE, N. ‘Gorda, Sim! Maravilhosa, Também!’: Do Ressentimento à Autoestima em Testemunhos de Vítimas de Gordofobia no YouTube. In: **Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, 40º, Curitiba. Anais. Curitiba: Intercom**. 2017. p. 1-15.

SCHWARTZ, M. B. *et al.* Weight bias among health professionals specializing in obesity. **Obesity research**, v. 11, n. 9, p. 1033-1039, 2003.

SILVA, B. L.; CANTISANI, J. R. Interfaces entre a gordofobia e a formação acadêmica em nutrição: um debate necessário. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 13, n. 2, p. 363-380, 2018.

SWAMI, Viren *et al.* Positive body image is positively associated with hedonic (emotional) and eudaimonic (psychological and social) well-being in British adults. **The Journal of social psychology**, v. 158, n. 5, p. 541-552, 2018.

SWIFT, J. A. *et al.* Weight bias among UK trainee dietitians, doctors, nurses and nutritionists. **Journal of human nutrition and dietetics**, v. 26, n. 4, p. 395-402, 2013.

TOMIYAMA, A. J. Weight stigma is stressful. A review of evidence for the Cyclic Obesity/Weight-Based Stigma model. **Appetite**, v. 82, p. 8-15, 2014.

VILLELA, M. C.; MORAES, C. H.; ALVARENGA, M. D. S. Sobre o artigo: “Fábrica da nutrição neoliberal: elementos para uma discussão sobre as novas abordagens comportamentais”. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, p. e310401, 2021.

WANDERLEY, E. N.; FERREIRA, V. A. Obesidade: uma perspectiva plural. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 185-194, 2010.

WIJAYATUNGA, N. N. *et al.* The effects of a teaching intervention on weight bias among kinesiology undergraduate students. **International journal of obesity**, v. 43, n. 11, p. 2273-2281, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World Health Organization Obesity: preventing and managing the global epidemic. **Report of a WHO consultation WHO Technical Report Series**, v. 894, 2000.