



**CURSO DE NUTRIÇÃO**

**JOÃO PEDRO PESSOA DE SOUZA  
MARCOS VINÍCIUS NOGUEIRA DOS SANTOS**

**PERCEPÇÕES SOCIAIS SOBRE INDIVÍDUOS COM OBESIDADE: UMA ANÁLISE  
DO ESTIGMA DO PESO EM ADULTOS BRASILEIROS**

**Belo Horizonte  
2025**

**JOÃO PEDRO PESSOA DE SOUZA  
MARCOS VINÍCIUS NOGUEIRA DOS SANTOS**

**PERCEPÇÕES SOCIAIS SOBRE INDIVÍDUOS COM OBESIDADE: UMA ANÁLISE  
DO ESTIGMA DO PESO EM ADULTOS BRASILEIROS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Nutrição do Centro Universitário FAMINAS Belo Horizonte na disciplina Trabalho de Conclusão de Curso como requisito parcial para a obtenção de titulação de Bacharel em Nutrição.

Orientador: Prof. Dr. Márcio Leandro Ribeiro de Souza

**Belo Horizonte  
2025**

SOUZA, João Pedro

Percepções sociais sobre indivíduos com obesidade : uma análise do estigma do peso em adultos brasileiros / João Pedro Souza; Marcos Vinícius Santos; Marcio Leandro Ribeiro de Souza (orient.). - Belo Horizonte, MG, 2025.  
43p.

Orientador: Prof. Dr. Marcio Leandro Ribeiro de Souza.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) –  
Centro Universitário FAMINAS, 2025.

1. Estigma do peso. 2. Percepções sociais. 3. Obesidade em adultos. 4. Comportamento social. 5. Discriminação e preconceito. I. RIBEIRO DE SOUZA, Marcio Leandro, Prof. Dr., orient. II. Título.

Catálogo da Publicação

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica do Centro Universitário FAMINAS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a). Bibliotecária Cristina de Souza Maia CRB6- 2294

**JOÃO PEDRO PESSOA DE SOUZA**  
**MARCOS VINÍCIUS NOGUEIRA DOS SANTOS**

**PERCEPÇÕES SOCIAIS SOBRE INDIVÍDUOS COM OBESIDADE: UMA ANÁLISE  
DO ESTIGMA DO PESO EM ADULTOS BRASILEIROS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Nutrição da Faculdade de Minas FAMINAS-BH na disciplina Trabalho de Conclusão de Curso – TCC como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Nutrição.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Márcio Leandro Ribeiro de Souza (Orientador)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cristiane de Oliveira Lopes

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Natália Fenner Pena

Belo Horizonte, 10 de dezembro de 2025

## RESUMO

A obesidade é uma doença complexa e as evidências atuais sugerem uma interação entre fatores ambientais, psicoemocionais e genéticos. No entanto, essa doença ainda é cercada de preconceitos. O estigma da obesidade é caracterizado por estereótipos negativos, discriminação e preconceitos direcionados a indivíduos com base em seu peso. Sendo assim, a presente pesquisa buscou analisar como o estigma da obesidade está presente e internalizado em adultos. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com participação de adultos brasileiros. Para essa pesquisa, foi disponibilizado aos voluntários, de ambos os sexos, um questionário online contendo dados demográficos, socioeconômicos e de saúde. Os participantes responderam a três questionários internacionais validados: *Modified Weight Bias Internalization Scale* (WBIS-M), *Antifat Attitudes Questionnaire* (AFA) e o *Questionário de Causas da Obesidade* (COB). Foram incluídos 301 participantes (16,6% com obesidade e 83,4% sem obesidade). No WBIS-M, os resultados demonstraram que indivíduos com obesidade apresentam maior internalização do peso quando comparados àqueles sem obesidade. Segundo o COB, os participantes apresentam uma compreensão distorcida das causas da obesidade, atribuindo, majoritariamente, a fatores psicossociais. Por fim, os participantes obtiveram escores elevados nos subdomínios do AFA, com destaque para medo de engordar, antipatia/desgosto e julgamento relacionado à força de vontade, reforçando ainda mais a presença do estigma. Dessa maneira, a presente pesquisa observou uma alta internalização do estigma da obesidade, especialmente entre os obesos, e uma baixa compreensão sobre a complexidade que envolve a obesidade e suas causas na população, ressaltando a importância de mais estudos e campanhas de conscientização sobre essa doença.

**Palavras-chave:** Obesidade; Estigma de peso; Discriminação baseada em peso.

## ABSTRACT

Obesity is a complex disease, and current evidence suggests an interplay between environmental, psycho-emotional, and genetic factors. However, this disease is still surrounded by prejudice. Obesity stigma is characterized by negative stereotypes, discrimination, and prejudices directed at individuals based on their weight. Therefore, this study sought to analyze how obesity stigma is present and internalized in adults. This is a descriptive, cross-sectional study involving Brazilian adults. For this study, volunteers, of both sexes, were provided with an online questionnaire containing demographic, socioeconomic, and health data. Participants completed three validated international questionnaires: the Modified Weight Bias Internalization Scale (WBIS-M), the Anti-fat Attitudes Questionnaire (AFA), and the Causes of Obesity Questionnaire (COB). A total of 301 participants were included (16.6% with obesity and 83.4% without obesity). In the WBIS-M, the results showed that obese individuals exhibit greater weight internalization compared to those without obesity. According to the COB, participants have a distorted understanding of the causes of obesity, mostly attributing it to psychosocial factors. Finally, participants obtained high scores in the AFA subdomains, particularly fear of gaining weight, dislike/disgust, and judgment related to willpower, further reinforcing the presence of stigma. Thus, this study observed a high level of internalization of obesity stigma, especially among obese individuals, and a low understanding of the complexity surrounding obesity and its causes within the population, highlighting the importance of further studies and awareness campaigns about this disease.

**Keywords:** Obesity; Weight stigma; Weight-based discrimination.

## LISTAS DE FIGURAS

|                                                                                                                |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>FIGURA 1:</b> Categorização da internalização do viés do peso .....                                         | 17 |
| <b>FIGURA 2:</b> Frequência de apontamento das causas de obesidade como muito ou extremamente importante ..... | 19 |

## **LISTA DE TABELAS**

|                                                                                        |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>TABELA 1:</b> Características gerais dos participantes do estudo .....              | 16 |
| <b>TABELA 2:</b> Características de saúde e alimentação dos participantes do estudo .. | 16 |
| <b>TABELA 3:</b> Prevalência de respostas ao questionário WBIS-M .....                 | 18 |
| <b>TABELA 4:</b> Prevalência de respostas ao questionário de Causas da Obesidade ..    | 20 |

## SUMÁRIO

|                                                                             |           |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS .....</b>                                         | <b>09</b> |
| Justificativa .....                                                         | 10        |
| Problema e Hipótese .....                                                   | 11        |
| <b>ARTIGO CIENTÍFICO .....</b>                                              | <b>12</b> |
| Resumo .....                                                                | 12        |
| Abstract .....                                                              | 12        |
| 1. Introdução .....                                                         | 13        |
| 2. Materiais e Métodos .....                                                | 14        |
| 2.1. Delineamento do estudo .....                                           | 14        |
| 2.2. População do estudo .....                                              | 14        |
| 2.3. Aspectos éticos .....                                                  | 14        |
| 2.4. Procedimentos .....                                                    | 14        |
| 2.5. Análise estatística .....                                              | 15        |
| 3. Resultados .....                                                         | 15        |
| 3.1. Internalização do viés do peso .....                                   | 17        |
| 3.2. Crenças sobre as causas da obesidade .....                             | 17        |
| 3.3. Viés explícito do peso ou atitudes negativas diante da obesidade ..... | 19        |
| 3.4. Análises de correlação .....                                           | 19        |
| 4. Discussão .....                                                          | 22        |
| 5. Conclusão .....                                                          | 23        |
| 6. Referências Bibliográficas .....                                         | 24        |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>                                           | <b>26</b> |
| <b>ANEXO A: Comprovante de submissão do artigo para publicação .....</b>    | <b>27</b> |
| <b>ANEXO B: Normas de publicação da revista científica escolhida .....</b>  | <b>28</b> |
| <b>ANEXO C: Aprovação do Comitê de Ética .....</b>                          | <b>33</b> |
| <b>ANEXO D: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>            | <b>39</b> |
| <b>ANEXO E: Questionário da pesquisa .....</b>                              | <b>41</b> |

## CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A obesidade é uma doença crônica complexa definida por depósitos excessivos de gordura que podem prejudicar a saúde (RUBINO et al., 2025). É uma doença que vem aumentando nas últimas décadas e as projeções de aumento são também alarmantes, pois de acordo com o Atlas Mundial da Obesidade de 2025, a expectativa é que, em 2030, a prevalência mundial de indivíduos com excesso de peso ultrapasse 50% (WORLD OBESITY FEDERATION, 2025). As evidências atuais sugerem uma interação complexa entre fatores ambientais, psicoemocionais e genéticos no desenvolvimento dessa doença, que na maioria das vezes foge do controle do indivíduo (SAUER, 2023; RUBINO et al., 2025). No entanto, para a sociedade em geral, essa condição muitas vezes é tratada por um viés social, denominado estigma da obesidade. O estigma da obesidade, ou estigma do peso, refere-se à desvalorização social de pessoas com excesso de peso, ou seja, com sobrepeso ou obesidade (PEARL; WADDEN; JAKICIC, 2021; PUHL, 2023).

Dessa maneira, o objetivo da presente pesquisa foi analisar como o estigma da obesidade está presente e internalizado nas pessoas e como pode influenciar a forma como as pessoas enxergam e interagem com indivíduos com obesidade. Essa pesquisa foi realizada através de um questionário online, com adultos residentes no Brasil, e foi aprovada no Edital de Iniciação Científica do Centro Universitário Faminas Belo Horizonte, como uma pesquisa de iniciação científica, envolvendo 2 alunos de graduação em Nutrição e um professor orientador responsável.

Para apresentação dessa pesquisa como Trabalho de Conclusão de Curso, optou-se pelo formato de **artigo científico**, a ser publicado na Revista **Scientia Plena** (ISSN 1808-2793), classificada como Qualis CAPES A4 no Quadriênio 2017/2020.

O presente artigo já foi submetido e está na fase de avaliação por pares pela revista para publicação como artigo científico original. O comprovante de submissão está no ANEXO A. Essa revista publica os artigos com acesso livre.

As normas de submissão da Scientia Plena estão apresentadas no ANEXO B. O artigo apresentado encontra-se no *template* disponibilizado pela revista no momento de submissão da pesquisa.

O presente projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Faminas Belo Horizonte (CAAE: 81416124.2.0000.5105; parecer nº 6.984.600) (ANEXO C). Todos os voluntários que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO D), após receberem as devidas explicações sobre a pesquisa. O questionário aplicado encontra-se no ANEXO E.

Esse trabalho também foi apresentado como pôster em dois eventos científicos no segundo semestre de 2025. Em agosto de 2025, ele foi apresentado no II Congresso de Nutrição Funcional e Esportiva, realizado no Centro Universitário Faminas Belo Horizonte, sendo premiado com o 1º lugar dentre os trabalhos científicos. E no final de outubro de 2025, foi apresentado no III Congresso de Pesquisa e Extensão FAMINAS – COPEX Faminas.

### **Justificativa**

A obesidade cresce de forma de rápida em todo o mundo e cada vez mais se discute a complexidade da etiologia e tratamento dessa doença. Porém, essa doença ainda é cercada de preconceitos por pessoas que associam o aumento do peso corporal com uma falta de controle na alimentação. O estigma da obesidade é muito presente de forma internalizada nas pessoas e pode provocar danos e traumas no indivíduo obeso que sofre essa discriminação. Ao estudar e reconhecer a prevalência do estigma da obesidade na população em geral é possível criar estratégias para mudar a forma como as pessoas interagem com essa população obesa, a fim de aumentar a autoconsciência sobre a diversificada etiologia da obesidade e reduzir os preconceitos.

**Problema e Hipótese**

A presente pesquisa teve como pergunta norteadora: “O estigma da obesidade é identificado em pessoas adultas e influencia a forma como interagem com indivíduos com obesidade?”



## Percepções sociais sobre indivíduos com obesidade: uma análise do estigma do peso em adultos brasileiros

Social perceptions of individuals with obesity: an analysis of weight stigma in Brazilian adults

J. P. P. de Souza<sup>1</sup>; M. V. N. dos Santos<sup>1</sup>; M. L. R. de Souza<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Nutrição, Faculdade de Minas FAMINAS-BH, cep 31.744-007, Belo Horizonte – MG, Brasil

\*marcionutricionista@yahoo.com.br

(Recebido em dia de mês de ano; aceito em dia de mês de ano)

A obesidade é uma doença complexa e as evidências atuais sugerem uma interação entre fatores ambientais, psicoemocionais e genéticos. No entanto, essa doença ainda é cercada de preconceitos. O estigma da obesidade é caracterizado por estereótipos negativos, discriminação e preconceitos direcionados a indivíduos com base em seu peso. Sendo assim, a presente pesquisa buscou analisar como o estigma da obesidade está presente e internalizado em adultos. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com participação de adultos brasileiros. Para essa pesquisa, foi disponibilizado aos voluntários, de ambos os sexos, um questionário online contendo dados demográficos, socioeconômicos e de saúde. Os participantes responderam a três questionários internacionais validados: *Modified Weight Bias Internalization Scale* (WBIS-M), *Antifat Attitudes Questionnaire* (AFA) e o *Questionário de Causas da Obesidade* (COB). Foram incluídos 301 participantes (16,6% com obesidade e 83,4% sem obesidade). No WBIS-M, os resultados demonstraram que indivíduos com obesidade apresentam maior internalização do peso quando comparados àqueles sem obesidade. Segundo o COB, os participantes apresentam uma compreensão distorcida das causas da obesidade, atribuindo, majoritariamente, a fatores psicossociais. Por fim, os participantes obtiveram escores elevados nos subdomínios do AFA, com destaque para medo de engordar, antipatia/desgosto e julgamento relacionado à força de vontade, reforçando ainda mais a presença do estigma. Dessa maneira, a presente pesquisa observou uma alta internalização do estigma da obesidade, especialmente entre os obesos, e uma baixa compreensão sobre a complexidade que envolve a obesidade e suas causas na população, ressaltando a importância de mais estudos e campanhas de conscientização sobre essa doença.

**Palavras-chave:** obesidade; estigma de peso; discriminação baseada em peso.

Obesity is a complex disease, and current evidence suggests an interplay between environmental, psycho-emotional, and genetic factors. However, this disease is still surrounded by prejudice. Obesity stigma is characterized by negative stereotypes, discrimination, and prejudices directed at individuals based on their weight. Therefore, this study sought to analyze how obesity stigma is present and internalized in adults. This is a descriptive, cross-sectional study involving Brazilian adults. For this study, volunteers, of both sexes, were provided with an online questionnaire containing demographic, socioeconomic, and health data. Participants completed three validated international questionnaires: the *Modified Weight Bias Internalization Scale* (WBIS-M), the *Anti-fat Attitudes Questionnaire* (AFA), and the *Causes of Obesity Questionnaire* (COB). A total of 301 participants were included (16.6% with obesity and 83.4% without obesity). In the WBIS-M, the results showed that obese individuals exhibit greater weight internalization compared to those without obesity. According to the COB, participants have a distorted understanding of the causes of obesity, mostly attributing it to psychosocial factors. Finally, participants obtained high scores in the AFA subdomains, particularly fear of gaining weight, dislike/disgust, and judgment related to willpower, further reinforcing the presence of stigma. Thus, this study observed a high level of internalization of obesity stigma, especially among obese individuals, and a low understanding of the complexity surrounding obesity and its causes within the population, highlighting the importance of further studies and awareness campaigns about this disease.

**Keywords:** obesity; weight stigma; weight-based discrimination.

## 1. INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crônica complexa definida por depósitos excessivos de gordura que podem prejudicar a saúde [1]. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2022, 43% da população adulta mundial tinha sobrepeso ( $\text{IMC} > 25 \text{ kg/m}^2$ ) e 16% eram classificados como obesos ( $\text{IMC} > 30 \text{ kg/m}^2$ ) [2]. E as projeções de aumento são alarmantes, pois de acordo com o Atlas Mundial da Obesidade de 2025, a expectativa é que em 2030 a prevalência mundial de indivíduos com excesso de peso ultrapasse 50% [3]. No Brasil, a prevalência de excesso de peso e obesidade entre adultos no Brasil é de 61,4% e de 24,3%, respectivamente [4]. Devido a este crescente problema de saúde mundial, várias pesquisas procuram desvendar a etiologia dessa condição. As evidências atuais sugerem uma interação complexa entre fatores ambientais, psicoemocionais e genéticos, que na maioria das vezes foge do controle do indivíduo [1,5,6].

Estudos de genética molecular mostraram que a maioria dos genes associados à obesidade são expressos no sistema nervoso central, evidenciando uma menor atividade em áreas responsáveis pelo controle inibitório, como o córtex pré-frontal [7]. Esse déficit pode resultar em dificuldades para resistir a impulsos alimentares, o que por sua vez, dificulta a aderência a uma dieta voltada para a perda de peso. Além disso, a obesidade é frequentemente associada ao desenvolvimento de resistência à leptina, hormônio central na regulação do apetite a longo prazo. A resistência à leptina implica na incapacidade deste hormônio em exercer seus efeitos anorexígenos, resultando em uma menor percepção de saciedade e, consequentemente, aumento do consumo alimentar [8].

Diversas pesquisas demonstraram que o processo de emagrecimento pode ser desafiador. Descobriu-se que a perda de peso leva a um aumento proporcional no apetite de aproximadamente 100 kcal/dia por quilograma de peso perdido, de modo que, conforme a magnitude da perda de peso, essas alterações tendem a ser ainda maiores [9]. Isso reforça o quanto é complexo tratar e entender as causas da obesidade.

No entanto, para a sociedade em geral, essa condição muitas vezes é tratada por um viés social, denominado estigma da obesidade. O estigma da obesidade, ou estigma do peso, refere-se à desvalorização social de pessoas com excesso de peso, ou seja, com sobrepeso ou obesidade. Esta forma de estigma decorre de atitudes negativas (ou seja, preconceitos) em relação a pessoas com peso mais elevado e de estereótipos comuns de que as pessoas com obesidade são preguiçosas ou não possuem autocontrole nos seus hábitos alimentares. Indivíduos com maior peso enfrentam discriminação (tratamento desigual ou oportunidades negadas) tanto em ambientes educacionais, de emprego e até mesmo em ambientes de cuidados de saúde, bem como na família, nos relacionamentos afetivos e em outras relações interpessoais. As estimativas sugerem que aproximadamente 1 em cada 5 adultos com obesidade grau I relata ter sofrido discriminação de peso ao longo da vida, e mais de 40% dos adultos com obesidade grau II ou III relatam esta experiência [10,11].

O estigma da obesidade é caracterizado por estereótipos negativos, discriminação e preconceitos direcionados a indivíduos com base no seu peso, com a crença comum de que esses atos são justificáveis por incentivar a adoção de comportamentos mais saudáveis [11,12]. Essa associação negativa não apenas dificulta a motivação para mudanças, mas também cria barreiras à adoção de comportamentos saudáveis [13]. A estigmatização do peso pode acarretar uma série de consequências negativas, incluindo danos psicológicos, físicos e socioeconômicos a esse paciente e, por isso, pesquisas com essa temática são interessantes [14]. Sendo assim, o objetivo deste presente estudo foi analisar como o estigma da obesidade está presente e internalizado nas pessoas e como pode influenciar a forma como as pessoas enxergam e interagem com indivíduos com obesidade.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

### 2.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo descritivo, observacional, de caráter transversal, com inclusão de indivíduos adultos e realizado através de um questionário online, a fim de verificar a presença e internalização do estigma da obesidade nas pessoas adultas e como isso pode influenciar a forma como as pessoas enxergam e interagem com indivíduos com obesidade.

### 2.2 População do estudo

Para esse estudo, a amostra foi de conveniência, composta por todos os indivíduos adultos, de ambos os sexos, que aceitaram participar da pesquisa. O questionário foi compartilhado de forma individualizada e o recrutamento desses voluntários aconteceu pessoalmente pelos pesquisadores ou através de convites por telefone, e-mail ou aplicativos de conversa como *WhatsApp*® ou redes sociais. Como critérios de inclusão, foram incluídos indivíduos com idade entre 18 e 65 anos, de ambos os sexos, e que aceitaram participar do estudo com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após receberem as explicações sobre a pesquisa. Foram excluídos indivíduos que não preencheram o questionário de forma completa e correta, bem como questionários preenchidos em duplicidade.

### 2.3 Aspectos éticos

O presente foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa institucional (CAAE: 81416124.2.000.5105). Todos os adultos que aceitaram participar, assinaram o TCLE após receberem as devidas explicações sobre a pesquisa.

### 2.4 Procedimentos

O estudo foi realizado por meio de um questionário online, criado na plataforma *Google Forms* e compartilhado com todos os voluntários que aceitaram participar da pesquisa de forma voluntária. O questionário foi desenvolvido baseado em pesquisas científicas que exploram as percepções sobre indivíduos com obesidade. Como indicador do estado nutricional, os voluntários foram questionados sobre peso e estatura, autorrelatados. A partir dessas medidas foi calculado o índice de massa corporal (IMC), seguindo o padrão proposto pela OMS [15].

Para avaliar o estigma da obesidade e essas atitudes que os indivíduos podem apresentar nas suas interações com pessoas com excesso de peso existem alguns questionários já validados e usados internacionalmente. Nessa pesquisa foram aplicados 3 questionários, discutidos a seguir.

Um dos questionários aplicados na presente pesquisa foi a Escala Modificada de Internalização de Viés de Peso (WBIS-M, do inglês *Modified Weight Bias Internalization Scale*). Essa escala é utilizada para avaliar até que ponto os indivíduos internalizam atitudes negativas em relação ao peso. A escala original foi proposta por Durso e Latner (2008) [16] e foi criada para ser aplicada em indivíduos obesos. Porém, Pearl e Puhl (2014) [17] fizeram a validação de uma versão modificada dessa escala para ser aplicada em indivíduos com diferentes pesos corporais, para verificar essa internalização dos sentimentos quanto ao peso corporal. Os 11 itens deste questionário validado foram avaliados usando uma escala Likert de 7 pontos (1=discordo totalmente e 7=concordo totalmente), com pontuações mais altas indicando uma internalização do viés de peso mais alta [17,18]. Os participantes que pontuaram 1 desvio padrão (DP) acima da média do escore total do WBIS-M foram categorizados como tendo uma internalização do viés do peso alta, aqueles que pontuaram dentro de 1 DP da média foram categorizados como internalização média e aqueles que pontuaram 1 DP abaixo da média foram categorizados como tendo uma internalização baixa [18].

Para avaliar o viés explícito do peso foi utilizado o questionário de Atitudes Antigordura (AFA, do inglês *Antifat Attitudes Questionnaire*), ou seja, atitudes negativas diante da obesidade. Este questionário validado contém 13 itens separados em três subescalas que

representam os três principais domínios de atitudes antigordura explícitas: antipatia/desgosto ( $n = 7$  itens), medo de engordar ( $n = 3$  itens) e força de vontade ( $n = 3$  itens). Os 13 itens deste questionário validado foram avaliados usando uma escala Likert de 7 pontos (1=discordo totalmente e 7=concordo totalmente), com pontuações mais altas indicando atitudes antigordura mais fortes [18,19,20,21].

O Questionário de Causas da Obesidade (COB) foi utilizado para avaliar as crenças sobre as diferentes causas da obesidade. Este questionário validado consiste em 11 itens que os respondentes devem avaliar em termos da importância que acreditam ter na causa da obesidade. Os itens do COB foram avaliados em uma escala Likert de 5 pontos (1 = nada importante e 5 = extremamente importante) [18,22,23,24]. Como esse questionário não apresenta subescalas pré-determinadas, os itens avaliados foram divididos em 3 domínios (causas comportamentais, causas psicossociais e causas fisiológicas), adaptando a metodologia realizada por Forouhar et al. (2023) [18].

## 2.5 Análise Estatística

O banco de dados foi criado utilizando o programa Microsoft Excel (Office 2013®) e foi analisado com o programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS®), versão 19.0 para Windows (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA). O teste de Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para avaliar a normalidade e indicar o teste estatístico a ser utilizado. Variáveis qualitativas (categóricas) foram descritas através de frequência absoluta e relativa (porcentagem). A comparação das variáveis qualitativas foi realizada através dos testes Chi-quadrado ou exato de Fisher. As variáveis quantitativas que tiveram distribuição normal foram apresentadas como média e desvio-padrão e comparadas através do teste t de Student para amostras independentes. Testes de correlação de Pearson e Spearman foram realizados para verificar associação entre as variáveis da pesquisa. Foram considerados como associações estatisticamente significativas os resultados que apresentaram um nível de significância de 95% (valor de  $P \leq 0,05$ ).

## 3. RESULTADOS

A presente pesquisa recebeu inicialmente 308 respostas ao questionário. Após exclusão de duplicidades e análise dos critérios de inclusão e exclusão, foram incluídos 301 participantes nas análises. Dentre os participantes da pesquisa, 83 (27,6%) eram homens e 218 (72,4%) eram mulheres. A idade média foi de  $25,8 \pm 8,1$  anos, variando de 18 a 65 anos de idade, sem diferenças entre homens e mulheres ( $P=0,942$ ). As diferenças observadas em peso, altura e IMC são esperadas na comparação entre homens e mulheres, respectivamente (peso:  $83,3 \pm 16,4$  kg;  $66,2 \pm 16,5$  kg,  $P<0,001$  // altura:  $1,77 \pm 0,07$  cm;  $1,63 \pm 0,06$  cm,  $P<0,001$  // IMC:  $26,5 \pm 4,6$  kg/m<sup>2</sup>;  $24,9 \pm 5,5$  kg/m<sup>2</sup>,  $P=0,016$ ). Nas prevalências de categorias do IMC, houve diferenças entre homens e mulheres ( $P=0,011$ ). A prevalência de cada categoria encontrada para homens e mulheres, respectivamente, foi: baixo peso (1,2% e 6,4%), eutrofia (42,2% e 55,0%), sobrepeso (38,6% e 22,5%) e obesidade (18,0% e 16,1%). Apesar da comparação entre homens e mulheres ter sido realizada para todas as variáveis, a presente pesquisa optou por destacar a comparação entre obesos e não obesos. A Tabela 1 apresenta as características gerais dos participantes do estudo, bem como a comparação entre obesos e não obesos para cada característica.

A Tabela 2 apresenta as características da saúde e alimentação dos voluntários da pesquisa. A maioria dos participantes classifica a sua alimentação como boa, porém com pontos a melhorar, sem diferenças entre homens e mulheres ( $P=0,479$ ). Para as três perguntas sobre saúde e alimentação não houve diferenças na comparação entre homens e mulheres ( $P>0,05$ ).

Tabela 1: Características gerais dos participantes do estudo. Brasil, 2025.

| Características                                    | Total<br>(n=301) | Obesos<br>(n=50) | Não obesos<br>(n=251) | Valor<br>de P <sup>#</sup> |
|----------------------------------------------------|------------------|------------------|-----------------------|----------------------------|
| <b>Sexo – n (%)</b>                                |                  |                  |                       | 0,674                      |
| Masculino                                          | 83 (27,6%)       | 15 (30,0%)       | 68 (27,1%)            |                            |
| Feminino                                           | 218 (72,4%)      | 35 (70,0%)       | 183 (72,9%)           |                            |
| <b>Idade (anos)</b>                                |                  |                  |                       |                            |
| Média ± DP                                         | 25,8 ± 8,1       | 28,9 ± 10,9      | 25,1 ± 7,3            | <b>0,024</b>               |
| <b>Escolaridade – n (%)</b>                        |                  |                  |                       | 0,148                      |
| Sem instrução                                      | 0                | 0                | 0                     |                            |
| Ensino Fundamental                                 | 6 (2,0%)         | 2 (4,0%)         | 4 (1,6%)              |                            |
| Ensino Médio                                       | 107 (35,5%)      | 18 (36,0%)       | 89 (35,5%)            |                            |
| Ensino Superior                                    | 151 (50,2%)      | 20 (40,0%)       | 131 (52,2%)           |                            |
| Pós-graduado, mestrado ou doutorado                | 37 (12,3%)       | 10 (20,0%)       | 27 (10,7%)            |                            |
| <b>Estado Civil – n (%)</b>                        |                  |                  |                       | 0,788                      |
| Solteiro(a)                                        | 239 (79,4%)      | 39 (78,0%)       | 200 (79,7%)           |                            |
| Casado(a) ou em união estável                      | 62 (20,6%)       | 11 (22,0%)       | 51 (20,3%)            |                            |
| Viúvo(a)                                           | 0                | 0                | 0                     |                            |
| <b>Exercício Físico (mínimo 30 min/dia) – n(%)</b> |                  |                  |                       | <b>0,035</b>               |
| Sedentário                                         | 86 (28,6%)       | 22 (44,0%)       | 64 (25,5%)            |                            |
| 1 a 2 vezes por semana                             | 68 (22,5%)       | 11 (22,0%)       | 57 (22,7%)            |                            |
| 3 a 5 vezes por semana                             | 114 (37,9%)      | 15 (30,0%)       | 99 (39,4%)            |                            |
| Mais de 5 vezes por semana                         | 33 (11,0%)       | 2 (4,0%)         | 31 (12,4%)            |                            |
| <b>Altura (m)</b>                                  |                  |                  |                       |                            |
| Média ± DP                                         | 1,67 ± 0,09      | 1,69 ± 0,08      | 1,66 ± 0,09           | 0,071                      |
| <b>Peso (kg)</b>                                   |                  |                  |                       |                            |
| Média ± DP                                         | 70,9 ± 18,1      | 98,4 ± 14,7      | 65,4 ± 13,0           | <b>&lt;0,001</b>           |
| <b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b>                      |                  |                  |                       |                            |
| Média ± DP                                         | 25,3 ± 5,3       | 34,5 ± 4,1       | 23,5 ± 3,2            | <b>&lt;0,001</b>           |
| <b>Categorias do IMC – n(%)</b>                    |                  |                  |                       | <b>&lt;0,001</b>           |
| Baixo peso (IMC < 18,5 kg/m <sup>2</sup> )         | 15 (5,0%)        | 0                | 15 (5,9%)             |                            |
| Eutrófico (18,5 < IMC < 24,9 kg/m <sup>2</sup> )   | 155 (51,5%)      | 0                | 155 (61,8%)           |                            |
| Sobrepeso (25,0 < IMC < 29,9 kg/m <sup>2</sup> )   | 81 (26,9%)       | 0                | 81 (32,3%)            |                            |
| Obesidade (IMC > 30,0 kg/m <sup>2</sup> )          | 50 (16,6%)       | 50 (100,0%)      | 0                     |                            |

Legenda: DP: desvio-padrão; IMC: índice de massa corporal; kg: quilograma; m: metro; #: Teste T de Student para amostras independentes com distribuição normal; Teste Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher para variáveis categóricas.

Tabela 2: Características de saúde e alimentação dos participantes do estudo. Brasil, 2025.

| Características                                                | TOTAL<br>(n=301) | OBESOS<br>(n=50) | NÃO OBESOS<br>(n=251) | Valor<br>de P <sup>#</sup> |
|----------------------------------------------------------------|------------------|------------------|-----------------------|----------------------------|
| <b>Como você considera sua saúde de forma geral? – n (%)</b>   |                  |                  |                       | <b>&lt;0,001</b>           |
| Ruim, péssima                                                  | 28 (9,3%)        | 9 (18,0%)        | 19 (7,6%)             |                            |
| Regular                                                        | 195 (64,8%)      | 40 (80,0%)       | 155 (61,7%)           |                            |
| Excelente                                                      | 78 (25,9%)       | 1 (2,0%)         | 77 (30,7%)            |                            |
| <b>Como você considera sua alimentação? – n (%)</b>            |                  |                  |                       | <b>&lt;0,001</b>           |
| Saudável                                                       | 55 (18,3%)       | 3 (6,0%)         | 52 (20,7%)            |                            |
| Boa, mas precisa melhorar                                      | 201 (66,7%)      | 31 (62,0%)       | 170 (67,7%)           |                            |
| Ruim, me alimento mal                                          | 45 (15,0%)       | 16 (32,0%)       | 29 (11,6%)            |                            |
| <b>Você faz acompanhamento nutricional atualmente? – n (%)</b> |                  |                  |                       | 0,062                      |
| Sim                                                            | 56 (18,6%)       | 14 (28,0%)       | 42 (16,7%)            |                            |
| Não                                                            | 245 (81,4%)      | 36 (72,0%)       | 209 (83,3%)           |                            |

Legenda: #: Teste Qui-quadrado de Pearson ou teste Exato de Fisher para variáveis categóricas.

### 3.1 Internalização do viés do peso

O escore global no questionário WBIS-M foi de  $2,88 \pm 1,04$  para toda a amostra, sendo maior entre os indivíduos obesos quando comparados aos não obesos ( $3,82 \pm 1,08$ ;  $2,70 \pm 0,93$ ,  $P < 0,001$ ), demonstrando uma internalização maior do viés do peso nos indivíduos com obesidade. Ao agrupar sobrepeso e obesos como uma categoria única (excesso de peso), o escore global foi maior no grupo com excesso de peso quando comparados com indivíduos sem excesso de peso (eutrofia e baixo peso) ( $3,29 \pm 1,08$ ;  $2,57 \pm 0,90$ ,  $P < 0,001$ ). Não houve diferença desse escore global na comparação entre homens e mulheres ( $2,75 \pm 0,91$ ;  $2,94 \pm 1,08$ ,  $P = 0,129$ ).

Quando os participantes foram categorizados quanto à internalização do viés do peso, houve diferença na comparação entre obesos e não obesos (Figura 1). Não houve diferença na comparação entre homens e mulheres para essas categorias de internalização do viés do peso ( $P = 0,205$ ) (baixa: 8,4% e 7,3% // média: 77,1% e 68,8% // alta: 14,5% e 23,9%).

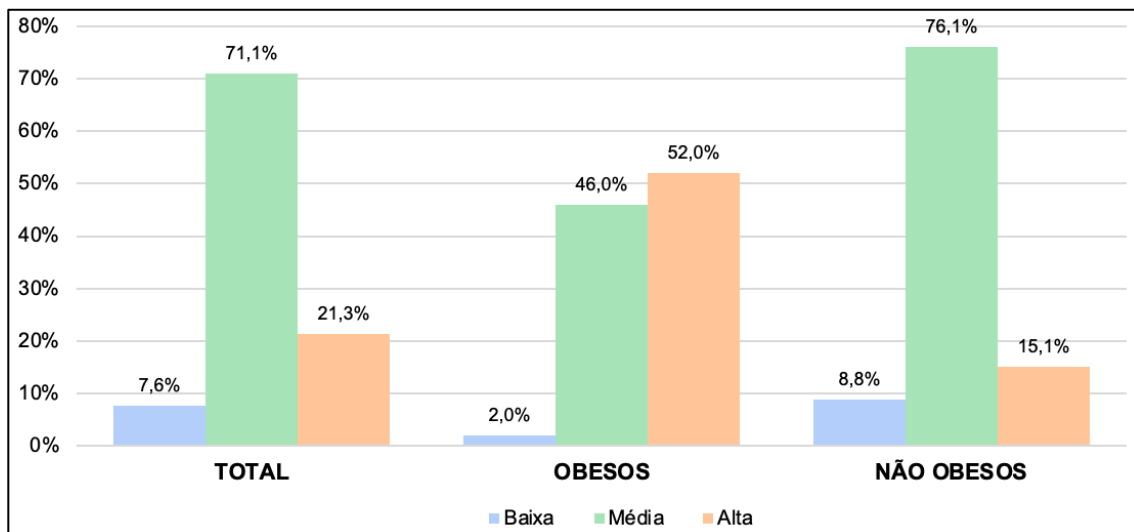


Figura 1: Categorização da internalização do viés do peso. Brasil, 2025.  
Legenda: Houve diferença na comparação entre obesos e não obesos ( $P < 0,001$ ).

A Tabela 3 apresenta a prevalência de respostas ao questionário WBIS-M. Para as perguntas do questionário (2 a 11), houve diferenças estatísticas na comparação de indivíduos obesos e não obesos ( $P < 0,001$ ), reforçando a maior internalização do viés do peso entre os indivíduos com obesidade. Apenas na pergunta número 1, sobre sentir-se tão competente quanto qualquer outra pessoa, independente do peso, é que não houve diferença entre os grupos ( $P = 0,157$ ).

### 3.2 Crenças sobre as causas da obesidade

Com o questionário de Causas da Obesidade (COB), os 11 itens foram agrupados em 3 domínios. Os escores globais de cada domínio para a amostra total desse estudo ( $n = 301$ ) foram: causas fisiológicas ( $3,83 \pm 0,87$ ), causas comportamentais ( $3,77 \pm 1,01$ ) e causas psicossociais ( $3,51 \pm 0,74$ ). Não houve diferença na comparação entre obesos e não obesos, respectivamente, para o escore de cada domínio (causas fisiológicas:  $3,87 \pm 0,78$ ;  $3,82 \pm 0,89$ ,  $P = 0,727$  // causas comportamentais:  $3,92 \pm 0,98$ ;  $3,75 \pm 1,02$ ,  $P = 0,265$  // causas psicossociais:  $3,68 \pm 0,71$ ;  $3,48 \pm 0,75$ ,  $P = 0,085$ ). Na comparação entre homens e mulheres também não houve diferença estatística para os domínios de causas da obesidade ( $P > 0,05$ ). A Tabela 4 apresenta a

prevalência de respostas sobre as 11 possíveis causas da obesidade e Figura 2 apresenta a prevalência de voluntários que responderam cada uma das 11 causas como muito importante ou extremamente importante.

Tabela 3: Prevalência de respostas ao questionário WBIS-M. Brasil, 2025.

| Perguntas                                                                                            | Discordo | Neutro | Concordo |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------|----------|
| <b>1. Por causa do meu peso, sinto que sou tão competente quanto qualquer pessoa.</b>                |          |        |          |
| Obesos (n=50)                                                                                        | 50,0%    | 18,0%  | 32,0%    |
| Não obesos (n=251)                                                                                   | 35,1%    | 13,5%  | 51,4%    |
| Total (n=301)                                                                                        | 37,5%    | 14,3%  | 48,2%    |
| <b>2. Sou menos atraente do que a maioria das outras pessoas por causa do meu peso. *</b>            |          |        |          |
| Obesos (n=50)                                                                                        | 26,0%    | 8,0%   | 66,0%    |
| Não obesos (n=251)                                                                                   | 65,3%    | 10,8%  | 23,9%    |
| Total (n=301)                                                                                        | 58,8%    | 10,3%  | 30,9%    |
| <b>3. Sinto-me ansioso em relação ao meu peso por causa do que as pessoas podem pensar de mim. *</b> |          |        |          |
| Obesos (n=50)                                                                                        | 42,0%    | 2,0%   | 56,0%    |
| Não obesos (n=251)                                                                                   | 59,8%    | 10,3%  | 29,9%    |
| Total (n=301)                                                                                        | 56,8%    | 9,0%   | 34,2%    |
| <b>4. Eu gostaria de poder mudar drasticamente meu peso. *</b>                                       |          |        |          |
| Obesos (n=50)                                                                                        | 12,0%    | 6,0%   | 82,0%    |
| Não obesos (n=251)                                                                                   | 54,2%    | 8,8%   | 37,0%    |
| Total (n=301)                                                                                        | 47,2%    | 8,3%   | 44,5%    |
| <b>5. Sempre que penso muito no meu peso, sinto-me deprimido. *</b>                                  |          |        |          |
| Obesos (n=50)                                                                                        | 26,0%    | 8,0%   | 66,0%    |
| Não obesos (n=251)                                                                                   | 68,1%    | 8,0%   | 23,9%    |
| Total (n=301)                                                                                        | 61,1%    | 8,0%   | 30,9%    |
| <b>6. Eu me odeio pelo meu peso. *</b>                                                               |          |        |          |
| Obesos (n=50)                                                                                        | 68,0%    | 10,0%  | 22,0%    |
| Não obesos (n=251)                                                                                   | 91,6%    | 3,6%   | 4,8%     |
| Total (n=301)                                                                                        | 87,7%    | 4,7%   | 7,6%     |
| <b>7. Meu peso é a principal forma de julgar meu valor como pessoa. *</b>                            |          |        |          |
| Obesos (n=50)                                                                                        | 66,0%    | 10,0%  | 24,0%    |
| Não obesos (n=251)                                                                                   | 92,4%    | 2,4%   | 5,2%     |
| Total (n=301)                                                                                        | 88,0%    | 3,7%   | 8,3%     |
| <b>8. Não sinto que mereço ter uma vida social realmente gratificante por causa do meu peso. *</b>   |          |        |          |
| Obesos (n=50)                                                                                        | 68,0%    | 14,0%  | 18,0%    |
| Não obesos (n=251)                                                                                   | 93,6%    | 3,2%   | 3,2%     |
| Total (n=301)                                                                                        | 89,4%    | 5,0%   | 5,6%     |
| <b>9. Estou bem com o peso que tenho. *</b>                                                          |          |        |          |
| Obesos (n=50)                                                                                        | 78,0%    | 14,0%  | 8,0%     |
| Não obesos (n=251)                                                                                   | 39,8%    | 12,4%  | 47,8%    |
| Total (n=301)                                                                                        | 46,2%    | 12,6%  | 41,2%    |
| <b>10. Por causa do meu peso, não me sinto eu mesmo. *</b>                                           |          |        |          |
| Obesos (n=50)                                                                                        | 42,0%    | 14,0%  | 44,0%    |
| Não obesos (n=251)                                                                                   | 82,9%    | 6,4%   | 10,7%    |
| Total (n=301)                                                                                        | 76,1%    | 7,6%   | 16,3%    |
| <b>11. Por causa do meu peso, não entendo como alguém atraente iria querer namorar comigo. *</b>     |          |        |          |
| Obesos (n=50)                                                                                        | 50,0%    | 10,0%  | 40,0%    |
| Não obesos (n=251)                                                                                   | 81,3%    | 6,8%   | 11,9%    |
| Total (n=301)                                                                                        | 76,1%    | 7,3%   | 16,6%    |

Legenda: WBIS-M: Escala Modificada de Internalização do Viés do Peso. Para a apresentação dessa tabela, as respostas concordo, concordo um pouco e concordo fortemente foram agrupados em um único grupo “concordo”. O mesmo aconteceu para as respostas “discordo”. \*:  $P < 0,001$  (Teste Qui-quadrado de Pearson ou teste Exato de Fisher para variáveis categóricas).

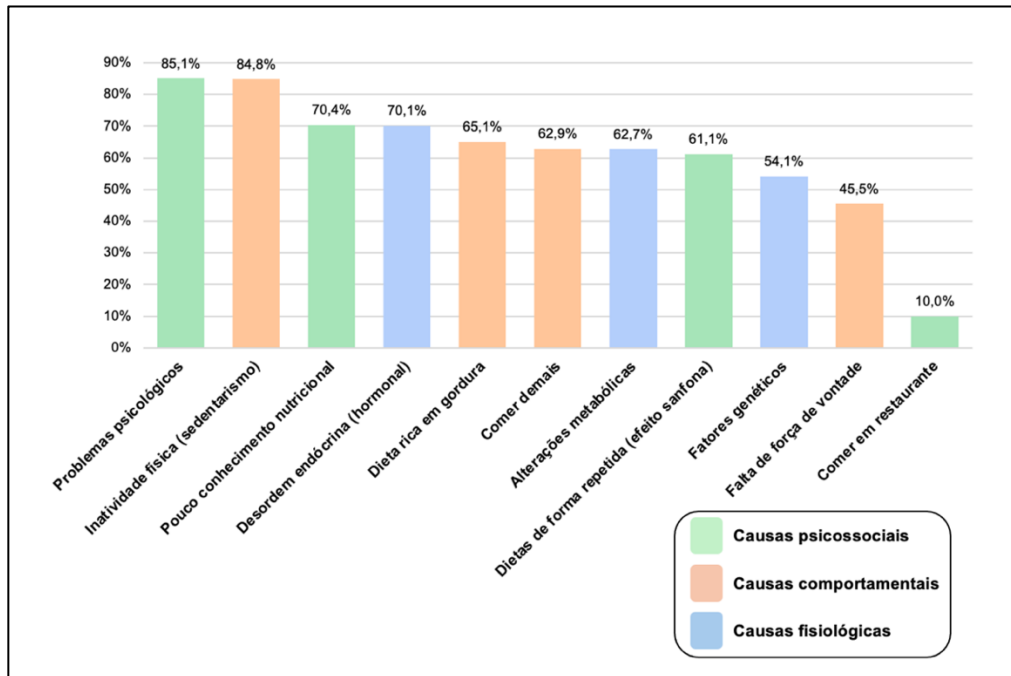


Figura 2: Frequência de apontamento das causas de obesidade como muito ou extremamente importante. Brasil, 2025.

### 3.3 Viés explícito do peso ou atitudes negativas diante da obesidade

O escore global no questionário AFA foi de  $2,64 \pm 1,01$  para toda a amostra, sendo maior entre os indivíduos obesos quando comparados aos não obesos ( $2,93 \pm 1,05$ ;  $2,58 \pm 1,00$ ,  $P=0,026$ ), demonstrando mais atitudes negativas diante da obesidade nos indivíduos obesos. Na comparação entre homens e mulheres, o escore global do questionário AFA foi maior entre os homens ( $2,88 \pm 1,10$ ;  $2,55 \pm 0,97$ ,  $P=0,011$ ).

Quando se analisa os subdomínios desse questionário, os escores para a amostra total do estudo foram: antipatia/desgosto ( $1,89 \pm 1,02$ ), medo de engordar ( $3,47 \pm 1,73$ ) e força de vontade ( $3,55 \pm 1,61$ ). Os indivíduos obesos apresentaram maior escore no subdomínio medo de engordar quando comparados aos não obesos ( $4,47 \pm 1,79$ ;  $3,27 \pm 1,65$ ,  $P<0,001$ ). Para os demais subdomínios não houve diferença estatística na comparação entre obesos e não obesos, respectivamente (antipatia/desgosto:  $1,91 \pm 1,16$ ;  $1,89 \pm 0,99$ ,  $P=0,882$  // força de vontade:  $3,77 \pm 1,76$ ;  $3,51 \pm 1,58$ ,  $P=0,298$ ). A Tabela 5 apresenta as prevalências de respostas para as 13 perguntas para o questionário de atitudes negativas diante da obesidade.

### 3.4 Análises de correlação

Nas análises de correlação, a internalização do viés do peso avaliada através do escore global no questionário WBIS-M apresentou correlação positiva com peso ( $r=0,321$ ,  $P<0,001$ ), IMC ( $r=0,414$ ,  $P<0,001$ ), com o escore global do AFA ( $r=0,141$ ,  $P=0,014$ ) e com o subdomínio medo de engordar do questionário AFA ( $r=0,324$ ,  $P<0,001$ ). O escore global no AFA também teve correlação positiva com peso ( $r=0,175$ ,  $P=0,002$ ), IMC ( $r=0,129$ ,  $P=0,025$ ) e com os seus subdomínios (antipatia/desgosto  $r=0,837$ ,  $P<0,001$  // medo de engordar  $r=0,712$ ,  $P<0,001$  // força de vontade  $r=0,723$ ,  $P<0,001$ ).

Dentre os domínios de causas da obesidade, o domínio de causas comportamentais do questionário COB teve correlação positiva com o peso ( $r=0,134$ ,  $P=0,020$ ), altura ( $r=0,138$ ,  $P=0,016$ ), com o escore global do AFA ( $r=0,174$ ,  $P=0,002$ ), com os subdomínios medo de

engordar ( $r=0,141$ ,  $P=0,015$ ) e força de vontade ( $r=0,216$ ,  $P<0,001$ ) e com os demais domínios de causas (causas fisiológicas  $r=0,382$ ,  $P<0,001$  // causas psicossociais  $r=0,588$ ,  $P<0,001$ ). Por fim, a idade apresentou correlação positiva com peso ( $r=0,198$ ,  $P=0,001$ ) e IMC ( $r=0,237$ ,  $P<0,001$ ).

Tabela 4: Prevalência de respostas ao questionário de Causas da Obesidade. Brasil, 2025.

| Perguntas                                           | A     | B     | C     | D     | E     |
|-----------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| <b>1. Inatividade física (sedentarismo)</b>         |       |       |       |       |       |
| Obesos (n=50)                                       | 8,0%  | 0     | 6,0%  | 22,0% | 64,0% |
| Não obesos (n=251)                                  | 7,6%  | 2,4%  | 5,6%  | 23,5% | 60,9% |
| Total (n=301)                                       | 7,6%  | 2,0%  | 5,6%  | 23,3% | 61,5% |
| <b>2. Comer demais</b>                              |       |       |       |       |       |
| Obesos (n=50)                                       | 10,0% | 4,0%  | 14,0% | 22,0% | 50,0% |
| Não obesos (n=251)                                  | 9,6%  | 9,6%  | 19,9% | 17,9% | 43,0% |
| Total (n=301)                                       | 9,6%  | 8,6%  | 18,9% | 18,7% | 44,2% |
| <b>3. Dieta rica em gordura</b>                     |       |       |       |       |       |
| Obesos (n=50)                                       | 20,0% | 4,0%  | 4,0%  | 20,0% | 52,0% |
| Não obesos (n=251)                                  | 14,3% | 6,5%  | 15,5% | 17,1% | 46,6% |
| Total (n=301)                                       | 15,3% | 6,0%  | 13,6% | 17,6% | 47,5% |
| <b>4. Fatores genéticos</b>                         |       |       |       |       |       |
| Obesos (n=50)                                       | 0     | 14,0% | 36,0% | 30,0% | 20,0% |
| Não obesos (n=251)                                  | 2,0%  | 11,2% | 31,9% | 27,9% | 27,0% |
| Total (n=301)                                       | 1,7%  | 11,6% | 32,6% | 28,2% | 25,9% |
| <b>5. Pouco conhecimento nutricional</b>            |       |       |       |       |       |
| Obesos (n=50)                                       | 4,0%  | 4,0%  | 18,0% | 26,0% | 48,0% |
| Não obesos (n=251)                                  | 4,8%  | 8,4%  | 17,1% | 32,3% | 37,4% |
| Total (n=301)                                       | 4,7%  | 7,6%  | 17,3% | 31,2% | 39,2% |
| <b>6. Problemas psicológicos</b>                    |       |       |       |       |       |
| Obesos (n=50)                                       | 4,0%  | 0     | 10,0% | 16,0% | 70,0% |
| Não obesos (n=251)                                  | 3,2%  | 5,2%  | 6,8%  | 29,9% | 54,9% |
| Total (n=301)                                       | 3,3%  | 4,3%  | 7,3%  | 27,6% | 57,5% |
| <b>7. Dietas de forma repetida (efeito sanfona)</b> |       |       |       |       |       |
| Obesos (n=50)                                       | 2,0%  | 8,0%  | 22,0% | 30,0% | 38,0% |
| Não obesos (n=251)                                  | 11,6% | 7,2%  | 21,5% | 30,2% | 29,5% |
| Total (n=301)                                       | 10,0% | 7,3%  | 21,6% | 30,2% | 30,9% |
| <b>8. Comer em restaurante</b>                      |       |       |       |       |       |
| Obesos (n=50)                                       | 30,0% | 38,0% | 18,0% | 12,0% | 2,0%  |
| Não obesos (n=251)                                  | 36,3% | 26,3% | 28,3% | 5,6%  | 3,5%  |
| Total (n=301)                                       | 35,2% | 28,2% | 26,6% | 6,6%  | 3,4%  |
| <b>9. Falta de força de vontade</b>                 |       |       |       |       |       |
| Obesos (n=50)                                       | 6,0%  | 18,0% | 22,0% | 22,0% | 32,0% |
| Não obesos (n=251)                                  | 18,7% | 12,4% | 25,1% | 18,3% | 25,5% |
| Total (n=301)                                       | 16,6% | 13,3% | 24,6% | 18,9% | 26,6% |
| <b>10. Alterações metabólicas</b>                   |       |       |       |       |       |
| Obesos (n=50)                                       | 0     | 10,0% | 26,0% | 22,0% | 42,0% |
| Não obesos (n=251)                                  | 3,2%  | 7,2%  | 27,1% | 27,5% | 35,0% |
| Total (n=301)                                       | 2,7%  | 7,6%  | 26,9% | 26,6% | 36,1% |
| <b>11. Desordem endócrina (hormonal)</b>            |       |       |       |       |       |
| Obesos (n=50)                                       | 0     | 10,0% | 14,0% | 34,0% | 42,0% |
| Não obesos (n=251)                                  | 6,0%  | 6,0%  | 19,1% | 25,1% | 43,8% |
| Total (n=301)                                       | 5,0%  | 6,6%  | 18,3% | 26,6% | 43,5% |

Legenda: A: nada importante; B: um pouco importante; C: moderadamente importante; D: muito importante; E: extremamente importante. Não houve diferença estatística na comparação entre obesos e não obesos para nenhuma pergunta ( $P>0,05$  através do Teste Qui-quadrado de Pearson ou teste Exato de Fisher para variáveis categóricas).

Tabela 5: Prevalência de respostas ao questionário AFA. Brasil, 2025.

| Perguntas                                                                                                                                                           | Discordo | Neutro | Concordo |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------|----------|
| <b>1. Eu realmente não gosto muito de pessoas gordas.</b>                                                                                                           |          |        |          |
| Obesos (n=50)                                                                                                                                                       | 88,0%    | 6,0%   | 6,0%     |
| Não obesos (n=251)                                                                                                                                                  | 84,0%    | 8,0%   | 8,0%     |
| Total (n=301)                                                                                                                                                       | 84,8%    | 7,6%   | 7,6%     |
| <b>2. Não tenho muitos amigos gordos.</b>                                                                                                                           |          |        |          |
| Obesos (n=50)                                                                                                                                                       | 60,0%    | 10,0%  | 30,0%    |
| Não obesos (n=251)                                                                                                                                                  | 55,0%    | 16,7%  | 28,3%    |
| Total (n=301)                                                                                                                                                       | 66,9%    | 15,6%  | 28,5%    |
| <b>3. Tenho tendência a pensar que as pessoas com excesso de peso são um pouco indignas de confiança.</b>                                                           |          |        |          |
| Obesos (n=50)                                                                                                                                                       | 92,0%    | 4,0%   | 4,0%     |
| Não obesos (n=251)                                                                                                                                                  | 89,6%    | 5,2%   | 5,2%     |
| Total (n=301)                                                                                                                                                       | 90,0%    | 5,0%   | 5,0%     |
| <b>4. Embora algumas pessoas gordas sejam certamente inteligentes, em geral, acho que elas tendem a não ser tão inteligentes quanto as pessoas com peso normal.</b> |          |        |          |
| Obesos (n=50)                                                                                                                                                       | 90,0%    | 4,0%   | 6,0%     |
| Não obesos (n=251)                                                                                                                                                  | 94,8%    | 2,8%   | 2,4%     |
| Total (n=301)                                                                                                                                                       | 94,0%    | 3,0%   | 3,0%     |
| <b>5. Tenho dificuldade em levar as pessoas gordas muito a sério.</b>                                                                                               |          |        |          |
| Obesos (n=50)                                                                                                                                                       | 86,0%    | 6,0%   | 8,0%     |
| Não obesos (n=251)                                                                                                                                                  | 91,6%    | 3,6%   | 4,8%     |
| Total (n=301)                                                                                                                                                       | 90,7%    | 4,0%   | 5,3%     |
| <b>6. Pessoas gordas me deixam um pouco desconfortável.</b>                                                                                                         |          |        |          |
| Obesos (n=50)                                                                                                                                                       | 84,0%    | 6,0%   | 10,0%    |
| Não obesos (n=251)                                                                                                                                                  | 90,4%    | 3,2%   | 6,4%     |
| Total (n=301)                                                                                                                                                       | 89,4%    | 3,7%   | 6,9%     |
| <b>7. Se eu fosse um empregador procurando contratar, evitaria contratar uma pessoa gorda.</b>                                                                      |          |        |          |
| Obesos (n=50)                                                                                                                                                       | 84,0%    | 2,0%   | 14,0%    |
| Não obesos (n=251)                                                                                                                                                  | 81,3%    | 10,4%  | 8,3%     |
| Total (n=301)                                                                                                                                                       | 81,7%    | 9,0%   | 9,3%     |
| <b>8. Sinto nojo de mim mesmo quando ganho peso. *</b>                                                                                                              |          |        |          |
| Obesos (n=50)                                                                                                                                                       | 66,0%    | 2,0%   | 32,0%    |
| Não obesos (n=251)                                                                                                                                                  | 84,1%    | 4,8%   | 11,1%    |
| Total (n=301)                                                                                                                                                       | 81,1%    | 4,3%   | 14,6%    |
| <b>9. Uma das piores coisas que poderiam acontecer comigo seria ganhar 11 quilos. #</b>                                                                             |          |        |          |
| Obesos (n=50)                                                                                                                                                       | 26,0%    | 6,0%   | 68,0%    |
| Não obesos (n=251)                                                                                                                                                  | 50,6%    | 9,6%   | 39,8%    |
| Total (n=301)                                                                                                                                                       | 46,5%    | 9,0%   | 44,5%    |
| <b>10. Preocupo-me em engordar.</b>                                                                                                                                 |          |        |          |
| Obesos (n=50)                                                                                                                                                       | 22,0%    | 10,0%  | 68,0%    |
| Não obesos (n=251)                                                                                                                                                  | 37,1%    | 9,2%   | 53,7%    |
| Total (n=301)                                                                                                                                                       | 34,6%    | 9,3%   | 56,1%    |
| <b>11. Pessoas que pesam muito podem perder pelo menos parte do peso com um pouco de exercício. #</b>                                                               |          |        |          |
| Obesos (n=50)                                                                                                                                                       | 32,0%    | 16,0%  | 52,0%    |
| Não obesos (n=251)                                                                                                                                                  | 28,7%    | 13,5%  | 57,8%    |
| Total (n=301)                                                                                                                                                       | 29,2%    | 14,0%  | 56,8%    |
| <b>12. Algumas pessoas são gordas porque não têm força de vontade.</b>                                                                                              |          |        |          |
| Obesos (n=50)                                                                                                                                                       | 48,0%    | 2,0%   | 50,0%    |
| Não obesos (n=251)                                                                                                                                                  | 52,6%    | 11,2%  | 36,2%    |
| Total (n=301)                                                                                                                                                       | 51,8%    | 9,6%   | 38,6%    |
| <b>13. Pessoas gordas tendem a ser gordas por culpa própria. #</b>                                                                                                  |          |        |          |
| Obesos (n=50)                                                                                                                                                       | 60,0%    | 4,0%   | 36,0%    |
| Não obesos (n=251)                                                                                                                                                  | 72,9%    | 11,6%  | 15,5%    |
| Total (n=301)                                                                                                                                                       | 70,8%    | 10,3%  | 18,9%    |

Legenda: AFA: Questionário de Atitudes Antigordura. Para a apresentação dessa tabela, as respostas concordo, concordo um pouco e concordo fortemente foram agrupados em um único grupo “concordo”. O mesmo aconteceu para as respostas “discordo”. \*:  $P < 0,001$ ; #:  $P < 0,05$  (Teste Qui-quadrado de Pearson ou teste Exato de Fisher para variáveis categóricas).

## 4. DISCUSSÃO

A presente pesquisa demonstrou uma internalização do estigma do peso média a alta na amostra avaliada, especialmente entre os indivíduos com obesidade. Da mesma forma, os voluntários da pesquisa demonstraram uma baixa compreensão sobre a complexidade que envolve a obesidades, atribuindo muitas vezes o desenvolvimento da doença a causas psicossociais e sedentarismo. Este estudo permitiu ainda observar diferenças na comparação entre obesos e não obesos e entre homens e mulheres, trazendo mais compreensão sobre o relacionamento dos indivíduos adultos com a obesidade.

Quando se compara a internalização do estigma do peso através do questionário WBIS-M observada na presente pesquisa com outros estudos, os resultados, embora diferentes numericamente, confirmam uma maior internalização entre indivíduos obesos. Jenkins e Baysen (2025) [25] conduziram uma pesquisa com o objetivo de avaliar diferentes versões do modelo WBIS-M em 205 estudantes universitários adultos do Reino Unido. O escore global deste trabalho foi de  $3,71 \pm 1,15$ , superior ao observado no presente estudo ( $2,88 \pm 1,04$ ). Andrés et al. (2022) [26] realizaram um estudo sobre viés de peso em adolescentes, com uma amostra de 298 alunos, semelhante à observada no presente estudo (301 participantes). Diferente da presente pesquisa, os pesquisadores demonstraram que os escores do WBIS-M foram significativamente maiores nas meninas do que nos meninos, enquanto o presente estudo não evidenciou diferença no escore global entre homens e mulheres. Por outro lado, assim como demonstrado na presente pesquisa, foi demonstrado que os participantes com obesidade apresentaram uma pontuação consideravelmente maior no WBIS-M em comparação aos participantes com baixo peso ou peso normal [26]. Isso reforça mais uma vez que essa população com excesso de peso apresenta uma maior tendência à internalização do viés relacionado ao peso [27].

Já o estudo de Forouhar et al. (2023) [18], que avaliaram a internalização do preconceito de peso e crenças acerca das causas da obesidade, aplicando a o questionário WBIS-M em uma amostra de 942 adultos canadenses, encontrou um escore global de  $3,38 \pm 1,58$ , um pouco maior do que o observado no presente estudo. Assim como no estudo de Andrés et al. (2022) [26], Forouhar et al. (2023) [18] também observaram que as mulheres apresentavam pontuações médias mais altas em comparação aos homens. Grande parte disso pode refletir a pressão social à qual as mulheres, principalmente as ocidentais, são submetidas, em que a população valoriza fortemente o corpo “magro”, colaborando para que se sintam “obrigadas” a se enquadrar nesse padrão imposto socialmente. Isso, por consequência, aumenta a internalização do viés de peso nessa população, podendo gerar um forte sofrimento psicológico [27,28]. Além disso, Forouhar et al. (2023) [18] reforçam resultados observados em outros estudos de pontuações médias maiores no WBIS-M entre indivíduos com IMC superior a  $30 \text{ kg/m}^2$ , em comparação com indivíduos com IMC entre 25 e  $30 \text{ kg/m}^2$ , 20 e  $25 \text{ kg/m}^2$  ou abaixo de  $18,5 \text{ kg/m}^2$ . Tudo isso reforça a ideia de que essa população com obesidade possui uma alta internalização do viés de peso, assim como demonstrado no presente estudo.

Quanto às crenças sobre as causas da obesidade, avaliada pelo questionário COB, Forouhar et al. (2023) [18] demonstraram que os participantes atribuem a obesidade, predominantemente, a fatores comportamentais em detrimento de outras causas. Esse resultado se mostra diferente quando comparado aos dados do presente estudo, que observou maior prevalência para as causas psicossociais, segundo os voluntários. Em comparação ao estudo canadense, no qual 71% associam a obesidade ao ato de comer em excesso, na população da presente pesquisa essa percepção foi relatada por 44,2%. Essa discrepância pode estar relacionada a diferentes fatores, como população de países diferentes ou mesmo número amostral diferente.

A obesidade é uma doença complexa, com etiologia multifatorial, e a maioria das pessoas não entende muito bem essa complexidade, atribuindo seu desenvolvimento muitas vezes à falta de força de vontade ou de controle na alimentação. No estudo de Reynolds et al. (2020) [29], feito com americanos e britânicos, mais de 60% dos voluntários atribuem a obesidade à falta de força de vontade ou questões ambientais. Causas genéticas foram relatadas por 21% e 41% dos britânicos e americanos, respectivamente. Na presente pesquisa, 54,1% associam a genética como uma causa importante da obesidade. Isso pode refletir muito como as pessoas se

relacionam com a obesidade, uma vez que na presente pesquisa foi encontrada correlação entre domínios das causas da obesidade com atitudes negativas diante da obesidade. Isso é confirmado por outras pesquisas, como por exemplo o estudo de Joslyn e Haider-Markel (2019) [30] que observou que indivíduos que atribuem genética como causa importante da obesidade eram pessoas mais simpáticas e com menos preconceito contra indivíduos com obesidade e mais conscientes da discriminação que os obesos enfrentam no seu cotidiano. Nesse relacionamento com indivíduos com obesidade, entender a complexidade da doença, suas causas diversas e seu diagnóstico correto são aspectos muito importantes para transformar as atitudes preconceituosas que esses indivíduos ainda enfrentam rotineiramente [1,29,31].

Ao analisar o viés explícito do peso, ou seja as atitudes negativas diante da obesidade, observa-se um padrão semelhante do presente estudo com outros. O estudo de Rodríguez-Gázquez; Ruiz-Iglesias e Gonzalez-Lopez (2020) [32] aplicou o questionário AFA em estudantes de enfermagem, com uma amostra de 578 participantes e, assim como no presente estudo, os participantes apresentaram subdomínios com correlação positiva para medo de engordar, antipatia/desgosto e força de vontade. Curiosamente, as mulheres são as que apresentam valores mais baixos, o que corrobora com os resultados do presente estudo, nos quais o escore global do questionário AFA foi maior entre os homens. Por outro lado, tomando como referência as constatações de Macho, Andrés e Saldaña (2022) [33], que aplicaram o questionário AFA em uma amostra significativa de 1.248 participantes da população geral espanhola, verificou-se um padrão interessante. Em geral, os participantes com peso normal demonstraram maior antipatia em relação a pessoas com obesidade, reforçando fortemente atitudes negativas diante da obesidade. Assim como as evidências do presente estudo, os participantes com sobrepeso e obesidade apresentaram menores atitudes “antigordura”, refletindo uma maior autoconsciência da própria situação. Já para aqueles que não vivenciam essa realidade, é difícil compreender, o que acaba levando à falsa impressão da condição.

O presente estudo não é livre de limitações. Uma delas pode ser atribuída à aplicação dos questionários de forma online, não presencial, o que poderia causar dúvidas ao responder cada pergunta, mas para evitar esses erros, cada pergunta era bem explicativa e informativa, tornando a compreensão o mais adequada possível. Outra limitação pode estar relacionada à amostra de conveniência, composta por todos aqueles que aceitaram participar da pesquisa, sem a realização de cálculo amostral e randomização. Ainda assim, a pesquisa conseguiu um número amostral interessante, permitindo uma comparação boa entre obesos e não obesos, além de homens e mulheres. Apesar das limitações, a presente pesquisa tem uma aplicação clínica interessante ao demonstrar como é prevalente a internalização do viés do peso e como as pessoas ainda têm uma baixa compreensão sobre causas da obesidade e uma alta prevalência de atitudes negativas diante da obesidade. Esse entendimento permite que estratégias sejam tomadas por profissionais de saúde e campanhas e políticas de saúde direcionem medidas para possibilitar uma maior compreensão pela população em geral sobre toda a complexidade que envolve a obesidade e suas causas, minimizando o preconceito que indivíduos com essa doença enfrentam no seu cotidiano.

## 5. CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu concluir a internalização do viés do peso é prevalente na população, especialmente entre os indivíduos com obesidade. Além disso, foram observadas atitudes negativas diante da obesidade e uma baixa compreensão sobre as causas dessa doença, o que reforça o preconceito que obesos enfrentam no seu cotidiano. Observou-se diversos equívocos nas respostas, especialmente quando comparadas ao que o atual corpo de evidências científicas aponta sobre essa condição tão delicada e complexa. Esses achados sugerem fortemente a necessidade do desenvolvimento de campanhas de conscientização, a fim de que a população compreenda que a luta não deve ser direcionada contra o indivíduo que vive com obesidade, mas sim contra a própria doença e os fatores que a perpetuam. Discriminações e percepções negativas direcionadas a essa população não ajudam. Pelo contrário, criam barreiras para a adoção de bons hábitos que contribuam para o enfrentamento dessa condição, a qual merece e, acima disso, necessita de acolhimento.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rubino F, Cummings DE, Eckel RH, Cohen RV, Wilding JPH, Brown WA, et al. Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2025 Mar;13(3): 221-262, doi: 10.1016/S2213-8587(24)00316-4
2. World Health Organization. Obesity and overweight. [Internet]; 07 mai 2025 [citado em 22 jul 2025]; Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
3. World Obesity Federation. World Obesity Atlas 2025. Londres: WOF, 2025. [citado em 22 jul 2025]; Disponível em: <https://data.worldobesity.org/publications/?cat=23>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023. Brasília: MS, 2023. [citado em 22 jul 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2023-vigilancia-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas-por-inquerito-telefonico/view>
5. Engin A. The definition and prevalence of obesity and metabolic syndrome. *Adv Exp Med Biol.* 2017;960:1-17, doi: 10.1007/978-3-319-48382-5\_1
6. Sauer P. Obesity in early life: its causes, prevention and risks in later life. *Nutrients.* 2023 Jun;15(13):2999, doi: 10.3390/nu15132999
7. Vainik U, Baker TE, Dadar M, Zeighami Y, Michaud A, Zhang Y, et al. Neurobehavioral correlates of obesity are largely heritable. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2018 Sep;115(37):9312-9317, doi: 10.1073/pnas.1718206115
8. Izquierdo AG, Crujeiras AB, Casanueva FF, Carreira MC. Leptin, obesity, and leptin resistance: where are we 25 years later? *Nutrients.* 2019 Nov;11(11):2704, doi: 10.3390/nu11112704
9. Polidori D, Sanghvi A, Seeley RJ, Hall KD. How strongly does appetite counter weight loss? Quantification of the feedback control of human energy intake. *Obesity (Silver Spring).* 2016 Nov;24(11):2289-2295, doi: 10.1002/oby.21653
10. Pearl RL, Wadden TA, Jakicic JM. Is weight stigma associated with physical activity? A systematic review. *Obesity (Silver Spring).* 2021 Dec;29(12):1994-2012, doi: 10.1002/oby.23274
11. Puhl RM. Weight stigma and barriers to effective obesity care. *Gastroenterol Clin North Am.* 2023 Jun;52(2):417-428, doi: 10.1016/j.gtc.2023.02.002
12. Puhl RM, Heuer CA. Obesity stigma: important considerations for public health. *Am J Public Health.* 2010 Jun;100(6):1019-1028, doi: 10.2105/AJPH.2009.159491
13. Pont SJ, Puhl R, Cook SR, Slusser W. Stigma experienced by children and adolescents with obesity. *Pediatrics.* 2017 Dec;140(6):e20173034, doi: 10.1542/peds.2017-3034
14. Westbury S, Oyeboode O, Rens TV, Barber TM. Obesity stigma: causes, consequences, and potential solutions. *Curr Obes Rep.* 2023 Mar;12(1):10-23, doi: 10.1007/s13679-023-00495-3
15. World Health Organization. Obesity – preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva, 2000. (Technical Report Series, No.894).
16. Durso LE, Latner JD. Understanding Self-directed Stigma: Development of the Weight Bias Internalization Scale. *Obesity (Silver Spring).* 2008 Nov;16(S2):S80-S86, doi: 10.1038/oby.2008.448
17. Pearl RL, Puhl RM. Measuring internalized weight attitudes across body weight categories: validation of the modified weight bias internalization scale. *Body Image.* 2014 Jan;11(1):89-92, doi: 10.1016/j.bodyim.2013.09.005
18. Forouhar V, Edache IY, Salas XR, Alberga AS. Weight bias internalization and beliefs about the causes of obesity among the Canadian public. *BMC Public Health.* 2023 Aug;23(1):1621, doi: 10.1186/s12889-023-16454-5
19. Crandall CS. Prejudice against fat people: Ideology and self-interest. *J Pers Soc Psychol.* 1994 May;66(5):882-894, doi: 10.1037//0022-3514.66.5.882
20. Lewis RJ, Cash TF, Jacobi L, Bubb-Lewis C. Prejudice toward fat people: the development and validation of the Antifat Attitudes Test. *Obes Res.* 1997 Jul;5(4):297-307, doi: 10.1002/j.1550-8528.1997.tb00555.x
21. Magallares A, Morales JF. Spanish adaption of the Antifat Attitudes Scale. *Int J Soc Psychol.* 2014;29(3):563-588, doi: [10.1080/02134748.2014.972707](https://doi.org/10.1080/02134748.2014.972707)
22. Foster GD, Wadden TA, Makris AP, Davidson D, Sanderson RS, Allison DB, Kessler A. Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment. *Obes Res.* 2003 Oct;11(10):1168-1177, doi: 10.1038/oby.2003.161

23. Phelan SM, Burgess DJ, Burke SE, Przedworski JM, Dovidio JF, Hardeman R, et al. Beliefs about the causes of obesity in a national sample of 4th year medical students. *Patient Educ Couns*. 2015 Nov;98(11):1446-1449, doi: 10.1016/j.pec.2015.06.017
24. Lacroix E, Alberga A, Russell-Mathew S, McLaren L, von Ranson K. Weight bias: a systematic review of characteristics and psychometric properties of self-report questionnaires. *Obes Facts*. 2017;10(3):223-237, doi: 10.1159/000475716
25. Jenkins PE, Baysen L. The modified weight bias internalization scale: psychometric validation of three versions in a sample of university students. *Eat Weight Disord*. 2025 Mar;30(1):28, doi: 10.1007/s40519-025-01741-4
26. Andrés A, Fornieles-Deu A, Sepulveda AR, Beltran-Garrayo L, Montcada-Ribera A, Bach-Faig A, Sanchez-Carracedo D. Spanish validation of the Modified Weight Bias Internalization Scale (WBIS-M) for adolescents. *Eat Weight Disord*. 2022 Dec;27(8):3245-3256, doi: 10.1007/s40519-022-01453-z
27. Romano KA, Heron KE, Sandoval CM, MacIntyre RI, Howard LM, Scott M, Mason TB. Weight bias internalization and psychosocial, physical, and behavioral health: a meta-analysis of cross-sectional and prospective associations. *Behav Ther*. 2023 May;54(3):539-556, doi: 10.1016/j.beth.2022.12.003
28. Romano KA, Heron KE, Sandoval CM, Howard LM, MacIntyre RI, Mason TB. A meta-analysis of associations between weight bias internalization and conceptually-related correlates: a step towards improving construct validity. *Clin Psychol Ver*. 2022 Mar;92:102127, doi: 10.1016/j.cpr.2022.102127
29. Reynolds JP, Vasiljevic M, Pilling M, Hall MG, Ribisl KM, Marteau TM. Communicating evidence about the causes of obesity and support for obesity policies: two population-based survey experiments. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Sep;17(18):6539, doi: 10.3390/ijerph17186539
30. Joslyn MR, Haider-Markel DP. Perceived causes of obesity, emotions, and attitudes about discrimination policy. *Soc Sci Med*. 2019 Feb;223:97-103, doi: 10.1016/j.socscimed.2019.01.019
31. Safaei M, Sundararajan EA, Driss M, Boulila W, Shapi'i A. A systematic literature review on obesity: understanding the causes & consequences of obesity and reviewing various machine learning approaches used to predict obesity. *Comput Biol Med*. 2021 Sep;136:104754, doi: 10.1016/j.compbimed.2021.104754
32. Rodríguez-Gázquez MLA, Ruiz-Iglesias A, Gonzalez-Lopez JR. Changes in anti-fat attitudes among undergraduate nursing students. *Nurse Educ Today*. 2020 Dec;95:104584, doi: 10.1016/j.nedt.2020.104584
33. Macho S, Andrés A, Saldaña C. Anti-fat attitudes among Spanish general population: Psychometric properties of the anti-fat attitudes scale. *Clin Obes*. 2022 Dec;12(6):e12543, doi: 10.1111/cob.12543

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu concluir que a internalização do viés do peso é prevalente na população, especialmente entre os indivíduos com obesidade. Além disso, foram observadas atitudes negativas diante da obesidade e uma baixa compreensão sobre as causas dessa doença, o que reforça o preconceito que obesos enfrentam no seu cotidiano. Observou-se diversos equívocos nas respostas, especialmente quando comparadas ao que o atual corpo de evidências científicas aponta sobre essa condição tão delicada e complexa. Esses achados sugerem fortemente a necessidade do desenvolvimento de campanhas de conscientização, a fim de que a população compreenda que a luta não deve ser direcionada contra o indivíduo que vive com obesidade, mas sim contra a própria doença e os fatores que a perpetuam. Discriminações e percepções negativas direcionadas a essa população não ajudam. Pelo contrário, criam barreiras para a adoção de bons hábitos que contribuam para o enfrentamento dessa condição, a qual merece e, acima disso, necessita de acolhimento.

Além dos resultados da pesquisa a serem publicados como artigo científico, a Iniciação Científica também permite que alunos possam vivenciar a rotina de uma pesquisa científica, desde sua elaboração, coleta de dados, revisão bibliográfica, até a finalização com a publicação em uma revista indexada. Os graduandos também puderam participar de eventos científicos e apresentar os resultados como pôster, o que enriquece suas experiências como pesquisadores.

Quanto a possíveis conflitos de interesse, os autores informaram à revista que não existe nada a declarar.

## ANEXO A – Comprovante de submissão do artigo para publicação

### [SP] Agradecimento pela submissão

From: Carlos Alexandre Borges Garcia via Revista SCIENTIA PLENA (pen-bounces@emnuvens.com.br)

To: marcionutricionista@yahoo.com.br

Date: Tuesday, July 22, 2025 at 10:11 PM GMT-3

Prezado(a) Marcio Souza,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito " Percepções sociais sobre indivíduos com obesidade: uma análise do estigma do peso em adultos brasileiros" para a revista Scientia Plena. Através da interface de administração do sistema, utilizado para a submissão, será possível acompanhar o progresso da avaliação do documento dentro do processo editorial, bastando logar no sistema disponível em:

URL do Manuscrito: <https://www.scientiaplenu.org.br/sp/authorDashboard/submission/8804>

Login: marcionutricionista

Em caso de dúvidas, entre em contato **exclusivamente** através da página desta submissão na revista ("Discussão da pré avaliação" ou "Discussão da avaliação"). Pedimos a atenção em acompanhar a comunicação entre editor-autor correspondente via email, checando regularmente o *spam*. Informamos que a submissão será analisada previamente no atendimento ao foco e escopo da revista, pelo sistema antiplágio CrossCheck e na adequação às normas disponibilizadas em [www.scientiaplenu.org.br/sp/about/submissions#onlineSubmissions](http://www.scientiaplenu.org.br/sp/about/submissions#onlineSubmissions), podendo ser arquivada em caso de inadequação/não atendimento.

Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de transmitir ao público seu trabalho.

Scientia Plena

## ANEXO B – Normas de publicação da revista científica escolhida

### Diretrizes para Autores

A revista Scientia Plena aceita submissões de artigos originais e inéditos em Português, Inglês ou Espanhol. Os artigos devem ser redigidos e submetidos por pesquisadores vinculados a instituições de ensino e/ou de pesquisa nacionais ou internacionais.

A submissão deve estar em formato ".doc" (limite de 2MB). **ATENÇÃO:** utilizar o arquivo-modelo abaixo para inserir o texto de sua submissão:

[Template do arquivo para submissão](#)

**Submissões que se apresentarem fora das normas da revista serão arquivadas. Recomendamos atenção na adequação do texto à essas normas, principalmente no que diz respeito ao estilo de citação (tipo Vancouver) e padronização das referências bibliográficas. Não serão consideradas citações de trabalhos acadêmicos (dissertações, teses, monografias, TCCs) e/ou apresentados em eventos científicos.**

No ato da submissão do arquivo o autor deve obrigatoriamente:

1) Indicar a área do conhecimento, de acordo com a lista a seguir, e uma subárea, de preenchimento livre (campo Metadados).

Áreas do conhecimento:

Ciências Agrárias - Ciências Biológicas - Ciências da Saúde - Ciências Exatas e da Terra - Ciências Humanas, Letras e Artes - Ciências Sociais Aplicadas - Engenharias e Computação - Multidisciplinar

2) Cadastrar o nome completo de todos os autores, bem como sua afiliação institucional, no campo Metadados de acordo com a ordem de autoria apresentada no trabalho. **Não será permitida a alteração da ordem, inclusão e/ou exclusão de autor(es) após a submissão. Trabalhos com 09 ou mais autores devem apresentar uma carta de anuência, assinada digitalmente por todos os autores, sobre o conteúdo e a submissão para a revista (campo "Comentários para o editor").**

3) Indicar três nomes de avaliadores (nome completo, email e afiliação institucional) no campo "Comentários para o Editor". Os avaliadores indicados devem ser pesquisadores de reconhecida competência no tema do trabalho e que não tenham participado do desenvolvimento do artigo submetido. **Não indicar avaliadores da mesma instituição de origem do(s) autor(es) da submissão, visando evitar conflito de interesses. Editores da revista Scientia Plena não deverão ser indicados como avaliadores.**

Um tutorial para auxiliar no processo de submissão pode ser obtido no link: "[Tutorial para Submissão de manuscrito](#)"

**ATENÇÃO:** Trabalhos que utilizaram seres humanos como objeto de estudo ou realizaram experimentação animal devem indicar no texto do manuscrito o número da aprovação do projeto pelos respectivos Comitês de Ética. Estudos que envolvem a aplicação de questionários devem informar a utilização do “Termo de consentimento livre e esclarecido”. Estudos com captura e/ou coleta de grupos biológicos devem indicar o número da licença de autorização para atividades com finalidade científica (IBAMA, SISBIO ou órgão estadual/municipal).

### **Taxa de publicação**

Se o manuscrito for aceito para publicação (a decisão editorial é encaminhada para todos os autores), será cobrada uma taxa de publicação visando auxiliar na manutenção do custo do serviço de editoração, cadastro do DOI e marcação do texto em XML.

A taxa de publicação é fixada em função do enquadramento do autor da submissão do manuscrito.

### **Valor da taxa de publicação:**

- Autor correspondente associado da ASCi: R\$ 100,00
- Autor correspondente não associado a ASCi: R\$ 200,00

Desconto para autores que colaboraram como revisores da Scientia Plena nos últimos 12 meses: 50% do valor correspondente à categoria.

Informações sobre o pagamento serão fornecidas junto com a decisão editorial de aceite. A editoração do artigo somente iniciará após identificada a efetiva realização do pagamento. Se o pagamento não ocorrer no prazo de até 60 dias após a decisão final de aceite de sua publicação na Scientia Plena, o manuscrito será arquivado.

## **Declaração de Direito Autoral**

Autores que publicam nesta revista concordam com os seguintes termos:

1. Autores mantêm os direitos autorais e concedem à revista o direito de primeira publicação, com o trabalho simultaneamente licenciado sob a [Licença Creative Commons Attribution](#) que permite o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial nesta revista.
2. Autores têm autorização para assumir contratos adicionais separadamente, para distribuição não-exclusiva da versão do trabalho publicada nesta revista (ex.: publicar em repositório institucional ou como capítulo de livro), com reconhecimento de autoria e publicação inicial nesta revista.
3. Autores têm permissão e são estimulados a publicar e distribuir seu trabalho online (ex.: em repositórios institucionais ou na sua página pessoal) após a publicação, já que isso pode gerar alterações produtivas, bem como aumentar o impacto e a citação do trabalho publicado.

## Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

## Template:



### Título do trabalho

Título em inglês

X. X. Sobrenome<sup>1\*</sup>; X. X. Sobrenome<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Nome do Departamento/Laboratório/Setor, Nome da Instituição, CEP, Cidade-Estado, País

<sup>2</sup>Nome do Departamento/Laboratório/Setor, Nome da Instituição, CEP, Cidade-Estado, País

\*emaildoautorcorrespondente@xxxx.xxx

(Recebido em dia de mês de ano; aceito em dia de mês de ano)

---

O resumo deve ser inserido aqui e não pode ultrapassar 250 palavras.

Palavras-chave: Indicar, no máximo, três palavras-chave, separadas por vírgula.

Idem para o resumo em língua inglesa. Se o trabalho estiver na língua inglesa, um título, resumo e palavras chave devem ser apresentados em português ou espanhol.

---

## 1. INTRODUÇÃO

O trabalho deve ser submetido pelo sistema eletrônico da revista APENAS em formato “.doc”. Todo o corpo do texto deve ser redigido em Times New Roman, tamanho 11, justificado e com espaçamento simples. As margens das páginas devem ser de 2,5 cm (superior e inferior) e 3,0 cm (esquerda e direita). Todos os parágrafos devem apresentar tabulação de 0,5 cm. Ao longo do texto deve ser utilizado o sistema internacional de unidades (SI) para indicação de medidas.

As informações apresentadas no texto devem indicar as devidas citações. Para a citação das referências, utilizar o Estilo Vancouver com a numeração entre colchetes. Exemplos:

“... obtidos para determinados valores [1], ...”

“Segundo Meneton et al. (2005) [2] ...”

“... para estudos de germinação, conforme Silva e Souza (2013) [3].”

“... segundo o tamanho da amostra [4, 5].”

“Pereira (2020) [12] e Carvalho et al. (2022) [17] consideram que as variações ...”

Essa numeração deve ser sequencial, iniciando em 1. **Não serão consideradas citações de trabalhos acadêmicos (monografias, dissertações, teses, etc.) e de trabalhos apresentados em eventos científicos.**

Não usar notas de rodapé.

Na seção Introdução, o autor deve descrever o estado-da-arte do problema, além de justificar e apresentar os objetivos do seu trabalho.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

A metodologia deve ser descrita com as informações necessárias para permitir a repetição do estudo por outro pesquisador. Trabalhos que utilizaram seres humanos como objeto de estudo ou realizaram experimentação animal devem indicar no texto o número da aprovação do projeto pelos respectivos Comitês de Ética. Estudos que envolvem a aplicação de questionários devem informar a utilização do “Termo de consentimento livre e esclarecido”. Estudos com captura e/ou coleta de grupos biológicos devem indicar o número da licença de autorização para atividades com finalidade científica (IBAMA, SISBIO ou órgão estadual/municipal).

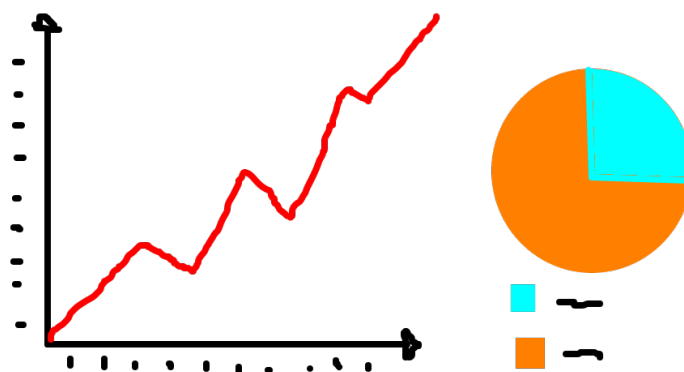
### 2.1 Subtítulo nível 2

#### 2.1.1 Subtítulo nível 3

## 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Resultados e Discussão podem ser apresentados em conjunto ou em subtítulos separados.

Tabelas e Figuras devem ser citadas no corpo do texto (ex: Figura 1; Tabela 1), centralizadas, com título objetivo e autoexplicativo em *itálico*, tamanho 10. Tabelas não devem apresentar linhas verticais secundárias. O texto da discussão deve apresentar as devidas citações.



*Figura 1: Incluir título da figura. Fonte: www.gartic.com.br*

*Tabela 1: Modelo de tabela.*

| Título  | Título   |          |          |
|---------|----------|----------|----------|
|         | Coluna 1 | Coluna 2 | Coluna 3 |
| Linha 1 | XXX      | XXX      | XXX      |
| Linha 2 | XXX      | XXX      | XXX      |
| Linha 3 | XXX      | XXX      | XXX      |
| Linha 4 | XXX      | XXX      | XXX      |

## 4. CONCLUSÃO

Uma conclusão deve ser apresentada com as principais contribuições do estudo, sem citação bibliográfica.

## 5. AGRADECIMENTOS

Apresentar os agradecimentos pertinentes, se houver.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Modelo para artigo (título do periódico deve ser abreviado):

1. Petitti DB, Crooks VC, Buckwalter JG, Chiu V. Blood pressure levels before dementia. *Arch Neurol*. 2005 Jan;62(1):112-6, doi:10.1001/archneur.62.1.112
2. Meneton P, Jeunemaitre X, de Wardener HE, MacGregor GA. Links between dietary salt intake, renal salt handling, blood pressure, and cardiovascular diseases. *Physiol Rev*. 2005 Apr;85(2):679-715, doi: 10.1152/physrev.00056.2003

Modelo para livro:

3. Lemos A. Ciberultura: tecnologia e vida social na cultura contemporânea. 7. ed. Porto Alegre (RS): Sulina; 2015.

Modelo para capítulo de livro:

4. Rojko JL, Hardy WD Jr. Feline leukemia virus and other retroviruses. In: Sherding RG, editor. *The cat: diseases and clinical management*. New York (US): Churchill Livingstone; 1989. p. 229-332.
5. Riffenburgh RH. *Statistics in medicine*. 2nd ed. Amsterdam (Netherlands): Elsevier Academic Press; 2006. Chapter 24, Regression and correlation methods; p. 447-86, doi: 10.1016/B978-0-12-384864-2.00025-1

Modelo para norma técnica:

6. Associação Brasileira de Normas Técnicas. ABNT NBR ISO 12836: odontologia: dispositivos para sistemas CAD/CAM para restaurações dentárias indiretas: métodos de ensaio para avaliação de exatidão. Rio de Janeiro (RJ): ABNT; 2017.

Modelo para documentos jurídicos:

7. Brasil. Lei nº 12.305, de 2 de agosto de 2010. Dispõe sobre a política nacional de resíduos sólidos. *Diário Oficial da União*. 03 ago 2010;147(Seção 1):3.
8. Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo. Portaria PR nº 05/2019 de 14 de maio 2019. Regulamenta a concessão de prorrogação de vigência de Bolsas outorgadas pela FAPESP em razão do advento de prole, revogando a Portaria PR nº 08, de 15 de julho de 2015 [Internet]. 22 mai 2019. Available from: <https://fapesp.br/index.php/12872/portaria-pr-no-052019>

Modelo para software:

9. Oksanen J, Blanchet FG, Friendly M, Legendre RKP, McGlinn D, Minchin PR, et al. *vegan: Community Ecology Package*. R package version 2.5-6. R Core Team. 2019. Available from: <https://cran.r-project.org/package=vegan>

Modelo para homepage e documentos online:

10. CAISM: Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti [Internet]. Campinas (SP): Unicamp; c2014 [citado em 15 out 2014]. Disponível em: <https://www.caism.unicamp.br>
11. INCA: Instituto Nacional de Câncer. O que é o câncer? INCA [Internet]; 30 nov 2020 [citado em 2 fev 2021]; Disponível em: <https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>
12. Peci A. RAP | Ações e Estratégias COVID-19. SciELO em Perspectiva [Internet]; 2020 mar 30 [citado em 2 fev 2021]. Disponível em: <https://blog.scielo.org/blog/2020/03/30/rap-acoes-e-estrategias-covid-19/#.YB6f--hKjIU>
13. Brasil. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. Regras para análise de sementes [Internet]. Brasília (DF): MAPA; 2009. [citado em 16 jul 2020]. Disponível em: [https://www.gov.br/agricultura/pt-br/assuntos/insumos-agropecuarios/arquivos-publicacoes-insumos/2946\\_regras\\_analise\\_sementes.pdf](https://www.gov.br/agricultura/pt-br/assuntos/insumos-agropecuarios/arquivos-publicacoes-insumos/2946_regras_analise_sementes.pdf)

## ANEXO C – Aprovação no Comitê de Ética

FACULDADE DE MINAS  
MURIAÉ - FAMINAS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Percepções sociais sobre indivíduos com obesidade: uma análise do estigma do peso

**Pesquisador:** Marcio Leandro Ribeiro de Souza

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 81416124.2.0000.5105

**Instituição Proponente:** LAEL VARELLA EDUCACAO E CULTURA LTDA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 6.984.600

#### Apresentação do Projeto:

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a obesidade é uma doença crônica complexa definida por depósitos excessivos de gordura que podem prejudicar a saúde (World Health Organization, 2024). Segundo a OMS, em 2022, 43% da população adulta mundial tinha sobrepeso (IMC >25 kg/m<sup>2</sup>) e 16% eram classificados como obesos (IMC >30 kg/m<sup>2</sup>). E as projeções de aumento são assustadoras, pois de acordo com o Atlas Mundial da Obesidade de 2024, a expectativa é que em 2035 a prevalência de indivíduos com excesso de peso chegue a 54% (World Obesity Federation, 2024). No Brasil, a prevalência de excesso de peso e obesidade entre adultos no Brasil é de 61,4% e de 24,3%, respectivamente (Brasil, 2023). Devido a este crescente problema de saúde mundial, várias pesquisas procuram desvendar a etiologia dessa condição. As evidências atuais sugerem uma interação complexa entre fatores ambientais, psicoemocionais e genéticos, que na maioria das vezes foge do controle do indivíduo (Engin, 2017; Sauer, 2023). Estudos de genética molecular mostraram que a maioria dos genes associados à obesidade são expressos no sistema nervoso central, evidenciando uma menor atividade em áreas responsáveis pelo controle inibitório, como o córtex pré-frontal (Vainik e colaboradores,

**Endereço:** Avenida Cristiano Varella, 655

**Bairro:** Bairro Universitário

**CEP:** 36.888-233

**UF:** MG

**Município:** MURIAE

**Telefone:** (32)3729-7519

**Fax:** (32)3729-7547

**E-mail:** comitedeetica.mre@faminas.edu.br

**FACULDADE DE MINAS  
MURIAÉ - FAMINAS**

Continuação do Parecer: 6.984.600

2018). Esse déficit pode resultar em dificuldades para resistir a impulsos alimentares, o que por sua vez, dificulta a aderência a uma dieta voltada para a perda de peso. Além disso, a obesidade é frequentemente associada ao desenvolvimento de resistência à leptina, hormônio central na regulação do apetite a longo prazo. A resistência à leptina implica na incapacidade deste hormônio em exercer seus efeitos anorexígenos, resultando em uma menor percepção de saciedade e, consequentemente, aumento do consumo alimentar (Izquierdo e colaboradores, 2019). Diversas pesquisas demonstraram que o processo de emagrecimento pode ser desafiador. Descobriu-se que a perda de peso leva a um aumento proporcional no apetite de aproximadamente 100 kcal/dia por quilograma de peso perdido, de modo que, conforme a magnitude da perda de peso, essas alterações tendem a ser ainda maiores (Polidori e colaboradores, 2016). Isso reforça o quanto é complexo tratar e entender as causas da obesidade. No entanto, para a sociedade em geral, essa condição muitas vezes é tratada por um viés social, denominado estigma da obesidade. O estigma da obesidade, ou estigma do peso, refere-se à desvalorização social de pessoas consideradas como tendo excesso de peso, ou seja, com sobrepeso ou obesidade. Esta forma de estigma decorre de atitudes negativas (ou seja, preconceitos) em relação a pessoas com peso mais elevado e de estereótipos comuns de que as pessoas com obesidade são preguiçosos ou não possuem autocontrole nos seus hábitos alimentares. Indivíduos com maior peso enfrentam discriminação (tratamento desigual ou oportunidades negadas) tanto em ambientes educacionais, de emprego e até mesmo em ambientes de cuidados de saúde, bem como na família, nos relacionamentos afetivos e em outras relações interpessoais. As estimativas sugerem que aproximadamente 1 em cada 5 adultos com obesidade grau I relata ter sofrido discriminação de peso ao longo da vida, e mais de 40% dos adultos com obesidade grau II ou III relatam esta experiência (Pearl, Wadden e Jakicic, 2021). O estigma da obesidade é caracterizado por estereótipos negativos, discriminação e preconceitos direcionados a indivíduos com base no seu peso, com a crença comum de que esses atos são justificáveis por incentivar a adoção de comportamentos mais

**Endereço:** Avenida Cristiano Varela, 655**Bairro:** Bairro Universitário**CEP:** 36.888-233**UF:** MG**Município:** MURIAÉ**Telefone:** (32)3729-7519**Fax:** (32)3729-7547**E-mail:** comitedeetica.mre@faminas.edu.br

## FACULDADE DE MINAS MURIAÉ - FAMINAS



Continuação do Parecer: 6.984.600

saudáveis (Puhl e Heuer, 2010; Puhl, 2023). Essa associação negativa não apenas dificulta a motivação para mudanças, mas também cria barreiras à adoção de comportamentos saudáveis (Pont e colaboradores, 2017). A estigmatização do peso pode acarretar uma série de consequências negativas, incluindo danos psicológicos, físicos e socioeconômicos a esse paciente e, por isso, pesquisas com essa temática são interessantes (Westbury e colaboradores, 2023). Sendo assim, o objetivo deste presente estudo é analisar como o estigma da obesidade está presente e internalizado nas pessoas e pode influenciar a forma como as pessoas enxergam e interagem com indivíduos com obesidade.

**1.1. Justificativa para realização do projeto**

A obesidade cresce de forma de rápida em todo o mundo e cada vez mais se discute a complexidade da etiologia e tratamento dessa doença. Porém, essa doença ainda é cercada de preconceitos por pessoas que associam o aumento do peso corporal com uma falta de controle na alimentação. O estigma da obesidade é muito presente de forma internalizada nas pessoas e pode provocar danos e traumas no indivíduo obeso que sofre essa discriminação. Ao estudar e reconhecer a prevalência do estigma da obesidade na população em geral é possível criar estratégias para mudar a forma como as pessoas interagem com essa população obesa, a fim de aumentar a autoconsciência sobre a diversificada etiologia da obesidade e reduzir os preconceitos.

### **Objetivo da Pesquisa:**

#### **Objetivo Primário:**

Analisar como o estigma da obesidade está presente e internalizado nas pessoas adultas e pode influenciar a forma como as pessoas enxergam e interagem com indivíduos com obesidade.

#### **Objetivo Secundário:**

¿ Analisar como o estigma da obesidade está presente e internalizado na população adulta. ¿ Verificar se existem associações entre o estigma da obesidade com a idade e sexo (homens e mulheres). ¿ Verificar se existem associações entre o estigma da obesidade com o índice de massa corporal, comparando indivíduos obesos e não-obesos.

#### **Metodologia Proposta:**

**Endereço:** Avenida Cristiano Varella, 655

**Bairro:** Bairro Universitário

**CEP:** 36.888-233

**UF:** MG

**Município:** MURIAÉ

**Telefone:** (32)3729-7519

**Fax:** (32)3729-7547

**E-mail:** comitedeetica.mre@faminas.edu.br

## FACULDADE DE MINAS MURIAÉ - FAMINAS



Continuação do Parecer: 6.984.600

Para esse estudo, a amostra será de conveniência e será composta por todos os indivíduos adultos, residentes no Brasil, de ambos os sexos, que aceitarem participar da pesquisa e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após receberem as explicações sobre a pesquisa. O questionário será compartilhado de forma individualizada. O recrutamento desses voluntários acontecerá pessoalmente pelos pesquisadores ou através de convites por telefone, e-mail ou aplicativos de conversa como WhatsApp ou redes sociais. A pesquisa não envolve o público de uma única instituição e serão avaliados todos que se adequem aos critérios de inclusão.

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

#### **Riscos:**

Os possíveis riscos associados a este estudo são baixos, pois não implicam em procedimentos invasivos e trata-se apenas de um questionário online. Os riscos são mínimos, mas podem incluir fadiga ao responder ao questionário ou sentir desconforto com alguma pergunta feita. No entanto, qualquer desconforto causado pelas perguntas pode ser evitado e o participante tem o direito de se recusar a participar. É crucial destacar que as informações são confidenciais, e os dados pessoais não serão revelados, conforme explicado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Apenas os pesquisadores envolvidos têm acesso às respostas dos participantes, e os dados serão tratados com o máximo sigilo profissional, em conformidade com a legislação brasileira (Resolução No 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), sendo utilizados exclusivamente para fins acadêmicos e científicos. Se forem identificados e comprovados danos decorrentes desta pesquisa, os participantes têm o direito à compensação.

#### **Benefícios:**

O estudo não oferece benefícios financeiros ou bonificações para os voluntários. No entanto, como benefício do estudo, compreender como as pessoas lidam com a obesidade e o quanto alguns preconceitos estão internacionalizados nessas pessoas possibilita a implementação de estratégias em saúde, como campanhas e palestras, com o objetivo de destacar a seriedade e

**Endereço:** Avenida Cristiano Varella, 655

**Bairro:** Bairro Universitário

**CEP:** 36.888-233

**UF:** MG

**Município:** MURIAÉ

**Telefone:** (32)3729-7519

**Fax:** (32)3729-7547

**E-mail:** comitedeetica.mre@faminas.edu.br

## FACULDADE DE MINAS MURIAÉ - FAMINAS



Continuação do Parecer: 6.984.600

complexidade que é o tratamento dessa doença

### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um estudo descritivo, observacional, de caráter transversal, com inclusão de indivíduos adultos e realizado através de um questionário online, a fim de verificar a presença e internalização do estigma da obesidade nas pessoas adultas e como isso pode influenciar a forma como as pessoas enxergam e interagem com indivíduos com obesidade.

### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

todos de acordo com as resoluções

### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

sem pendências

### **Considerações Finais a critério do CEP:**

### **Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento                  | Arquivo                                                | Postagem            | Autor                           | Situação |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto  | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2380488.pdf          | 09/07/2024 15:34:48 |                                 | Aceito   |
| Folha de Rosto                  | folhaDeRosto_assinada.pdf                              | 09/07/2024 15:34:31 | Marcio Leandro Ribeiro de Souza | Aceito   |
| Outros                          | Curriculo_Lattes_Marcos.pdf                            | 09/07/2024 15:17:19 | Marcio Leandro Ribeiro de Souza | Aceito   |
| Outros                          | Curriculo_Lattes_JoaoPedro.pdf                         | 09/07/2024 15:17:01 | Marcio Leandro Ribeiro de Souza | Aceito   |
| Outros                          | Curriculo_Lattes_Marcio.pdf                            | 09/07/2024 15:16:34 | Marcio Leandro Ribeiro de Souza | Aceito   |
| Outros                          | termo_responsabilidade_investigador_sgpp.pdf           | 09/07/2024 15:16:08 | Marcio Leandro Ribeiro de Souza | Aceito   |
| Outros                          | termo_de_Confidencialidade_e_Sigilo.pdf                | 09/07/2024 15:15:40 | Marcio Leandro Ribeiro de Souza | Aceito   |
| Outros                          | termo_de_compromisso_do_pesquisador_sgpp.pdf           | 09/07/2024 15:14:58 | Marcio Leandro Ribeiro de Souza | Aceito   |
| Outros                          | termo_anuencia_participantes_sgpp_JoaoPedro_Marcos.pdf | 09/07/2024 15:14:36 | Marcio Leandro Ribeiro de Souza | Aceito   |
| Outros                          | Questionario_da_pesquisa.pdf                           | 09/07/2024 15:14:03 | Marcio Leandro Ribeiro de Souza | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / | TCLE.pdf                                               | 09/07/2024 15:13:41 | Marcio Leandro Ribeiro de Souza | Aceito   |

**Endereço:** Avenida Cristiano Varella, 655

**Bairro:** Bairro Universitário

**CEP:** 36.888-233

**UF:** MG

**Município:** MURIAÉ

**Telefone:** (32)3729-7519

**Fax:** (32)3729-7547

**E-mail:** comitedeetica.mre@faminas.edu.br

**FACULDADE DE MINAS  
MURIAÉ - FAMINAS**



Continuação do Parecer: 6.984.600

|                                           |                                              |                        |                                 |        |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------|---------------------------------|--------|
| Justificativa de Ausência                 | TCLE.pdf                                     | 09/07/2024<br>15:13:41 | Marcio Leandro Ribeiro de Souza | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_de_Pesquisa_Iniciacao_Cientifica.pdf | 09/07/2024<br>15:13:27 | Marcio Leandro Ribeiro de Souza | Aceito |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

MURIAE, 05 de Agosto de 2024

**Assinado por:**

**Alexandre Horacio Couto Bittencourt  
(Coordenador(a))**

**Endereço:** Avenida Cristiano Varella, 655

**Bairro:** Bairro Universitário

**CEP:** 36.888-233

**UF:** MG

**Município:** MURIAE

**Telefone:** (32)3729-7519

**Fax:** (32)3729-7547

**E-mail:** comitedeetica.mre@faminas.edu.br

## ANEXO D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### Dados de identificação

Título do Projeto: **Percepções sociais sobre indivíduos com obesidade: uma análise do estigma do peso**

Pesquisador Responsável: **Prof. Dr. Márcio Leandro Ribeiro de Souza**

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: **FAMINAS-BH**

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa **“Percepções sociais sobre indivíduos com obesidade: uma análise do estigma do peso”**. Nesta pesquisa pretendemos analisar como o estigma da obesidade está presente e internalizado nas pessoas adultas e pode influenciar a forma como as pessoas enxergam e interagem com indivíduos com obesidade. O motivo que nos leva a estudar esse aspecto está relacionado ao fato de que obesidade é uma doença complexa e ainda cercada de muitos preconceitos ou discriminação.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: você irá responder uma entrevista online simples sobre saúde e com perguntas sobre suas percepções e opiniões relacionadas à obesidade. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em riscos mínimos, uma vez que não serão feitas intervenções na sua rotina. Além disso, todas as informações respondidas são sigilosas e anônimas. Qualquer desconforto gerado com as perguntas pode ser evitado e você pode se recusar a participar, retirando seu consentimento. A pesquisa contribuirá para conhecer como é a alimentação em universitários.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, você tem assegurado o direito a indenização. O(a) Sr(a). terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o(a) Sr(a). é atendido(a) na faculdade. O pesquisador tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

#### **CUSTOS, NÃO REMUNERAÇÃO E INDENIZAÇÃO**

Sua participação neste estudo é voluntária, não remunerada (você não será pago) e não terá nenhum custo para você. No entanto, você tem a garantia e o direito de solicitar indenização diante de qualquer dano eventual que esta pesquisa possa lhe causar.

#### **CONFIDENCIALIDADE**

A garantia de sigilo e privacidade dos seus dados será assegurada, de acordo com as normas brasileiras. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Guarde uma cópia deste termo de consentimento. Uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, na FAMINAS-BH. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

#### **OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

O responsável pelo estudo é o Professor Dr. Márcio Leandro Ribeiro de Souza, que pode ser encontrado no seguinte endereço: Faculdade de Minas FAMINAS-BH, localizada na Av. Cristiano Machado, 12.001, CEP: 31.744-007, Belo Horizonte – MG, Brasil, e no telefone (31) XXXX-XXXX em horário comercial (das 07:00 às 17:00h). Em caso de dúvidas, a qualquer momento, você deverá entrar em contato com o pesquisador responsável ou alguém da equipe de Pesquisa na FAMINAS-BH, que pode ser encontrada no endereço descrito acima.

Se você tiver alguma consideração, dúvida e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, ou se estiver insatisfeito com a maneira como o estudo está sendo realizado, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa vinculado ao CENTRO UNIVERSITARIO FAMINAS. O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) tem por objetivo proteger o seu bem. Ele é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando assegurar a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar do participante da pesquisa.

Eu, declaro que fui informado(a) dos objetivos da pesquisa **“Percepções sociais sobre indivíduos com obesidade: uma análise do estigma do peso”**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. Ao assinalar a opção abaixo, você concorda com as informações contidas nesse termo e com sua participação na pesquisa.

Deseja participar da pesquisa?

( ) NÃO. Não desejo participar.

( ) SIM. Quero responder o questionário.

**Comitê de Ética em Pesquisa da FAMINAS**, situado na Av. Cristiano Varella, 655 CEP: 36888-233 – Muriaé (MG) - Brasil ou pelo telefone (32) 3729-7518. O horário de atendimento é segunda-feira à sexta-feira das 08:00 às 18:00. O e-mail do comitê é: [comitedeetica.mre@faminas.edu.br](mailto:comitedeetica.mre@faminas.edu.br)

**Nome do Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Márcio Leandro Ribeiro de Souza**

Endereço: Avenida Cristiano Machado, 12.001

CEP: 31.744-007 / Belo Horizonte – MG

Fone: (31) XXXX-XXXX

E-mail: [marcio.souza@professor.faminas.edu.br](mailto:marcio.souza@professor.faminas.edu.br)

## ANEXO E: Questionário usado na pesquisa



### QUESTIONÁRIO DA PESQUISA – INICIAÇÃO CIENTÍFICA

#### 1-Dados Pessoais:

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ (em anos)

Sexo biológico (ao nascimento)

(1) Masculino (2) Feminino

Você reside em território brasileiro?

(1) Sim (2) Não

Qual é a sua escolaridade?

(1) Ensino Fundamental (2) Ensino Médio (3) Ensino Superior

(4) Pós-graduação, mestrado, doutorado (5) Sem instrução/não estudei

Estado Civil

(1) Solteiro (2) Casado ou União Estável (3) Viúvo

Você pratica atividade física?

(1) Não, sou sedentário

(2) Sim, uma ou duas vezes por semana

(3) Sim, três a cinco vezes por semana

(4) Sim, mais de cinco vezes por semana

#### 2-Dados Antropométricos:

Estatura (informada) \_\_\_\_\_ (Metros)

Peso Atual (informado) \_\_\_\_\_ (Kg)

#### 3-Dados de Saúde e de Alimentação:

Como você considera sua saúde de forma geral?

(1) Ruim, péssima (2) Regular (3) Excelente

Como você considera a sua alimentação?

(1) Saudável

(2) Boa, mas com alguns pontos a melhorar

(3) Ruim, me alimento mal

Você faz acompanhamento nutricional atualmente?

(1) Sim (2) Não

#### 4 – Dados sobre as percepções sobre o peso corporal e obesidade:

Nessa parte, iremos usar um questionário validado e usado em diversos países, que se chama “*Modified Weight Bias Internalization Scale (WBSI-M)*”.

Por favor, para cada pergunta, dê uma nota de 1 a 7, conforme a escala abaixo:

Escala de resposta:

1. Discordo fortemente
2. Discordo
3. Discordo um pouco
4. Neutro (não concordo nem discordo)
5. Concordo um pouco
6. Concordo
7. Concordo fortemente

| Perguntas                                                                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Por causa do meu peso, sinto que sou tão competente quanto qualquer pessoa.              |   |   |   |   |   |   |   |
| 2. Sou menos atraente do que a maioria das outras pessoas por causa do meu peso.            |   |   |   |   |   |   |   |
| 3. Sinto-me ansioso em relação ao meu peso por causa do que as pessoas podem pensar de mim. |   |   |   |   |   |   |   |
| 4. Eu gostaria de poder mudar drasticamente meu peso.                                       |   |   |   |   |   |   |   |
| 5. Sempre que penso muito no meu peso, sinto-me deprimido.                                  |   |   |   |   |   |   |   |
| 6. Eu me odeio pelo meu peso.                                                               |   |   |   |   |   |   |   |
| 7. Meu peso é a principal forma de julgar meu valor como pessoa.                            |   |   |   |   |   |   |   |
| 8. Não sinto que mereço ter uma vida social realmente gratificante por causa do meu peso.   |   |   |   |   |   |   |   |
| 9. Estou bem com o peso que tenho.                                                          |   |   |   |   |   |   |   |
| 10. Por causa do meu peso, não me sinto eu mesmo.                                           |   |   |   |   |   |   |   |
| 11. Por causa do meu peso, não entendo como alguém atraente iria querer namorar comigo.     |   |   |   |   |   |   |   |

#### 5 – Dados sobre as percepções sobre as causas da obesidade:

Nessa parte, iremos usar um questionário internacional, que pretende avaliar quanto alguns fatores podem contribuir para a obesidade.

Por favor, para cada pergunta, dê uma nota de 1 a 5, conforme a escala abaixo, de acordo com o quanto você acha que esse parâmetro é importante como causa da obesidade:

Escala de resposta:

1. Nada importante
2. Um pouco importante
3. Moderadamente importante
4. Muito importante
5. Extremamente importante

| Parâmetros                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1. Inatividade física (sedentarismo)         |   |   |   |   |   |
| 2. Comer demais                              |   |   |   |   |   |
| 3. Dieta rica em gordura                     |   |   |   |   |   |
| 4. Fatores genéticos                         |   |   |   |   |   |
| 5. Pouco conhecimento nutricional            |   |   |   |   |   |
| 6. Problemas psicológicos                    |   |   |   |   |   |
| 7. Dietas de forma repetida (efeito sanfona) |   |   |   |   |   |
| 8. Comer em restaurante                      |   |   |   |   |   |
| 9. Falta de força de vontade                 |   |   |   |   |   |
| 10. Alterações metabólicas                   |   |   |   |   |   |
| 11. Desordem endócrina (hormonal)            |   |   |   |   |   |

### 6 – Dados sobre as percepções sobre o viés de peso:

Nessa parte, iremos usar um questionário validado e usado em diversos países, que se chama “*Anti-fat Attitudes Questionnaire* (AFA)”.

Por favor, para cada pergunta, dê uma nota de 1 a 7, conforme a escala abaixo:

Escala de resposta:

1. Discordo fortemente
2. Discordo
3. Discordo um pouco
4. Neutro (não concordo nem discordo)
5. Concordo um pouco
6. Concordo
7. Concordo fortemente

| Perguntas                                                                                                                                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Eu realmente não gosto muito de pessoas gordas.                                                                                                           |   |   |   |   |   |   |   |
| 2. Não tenho muitos amigos gordos.                                                                                                                           |   |   |   |   |   |   |   |
| 3. Tenho tendência a pensar que as pessoas com excesso de peso são um pouco indignas de confiança.                                                           |   |   |   |   |   |   |   |
| 4. Embora algumas pessoas gordas sejam certamente inteligentes, em geral, acho que elas tendem a não ser tão inteligentes quanto as pessoas com peso normal. |   |   |   |   |   |   |   |
| 5. Tenho dificuldade em levar as pessoas gordas muito a sério.                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |
| 6. Pessoas gordas me deixam um pouco desconfortável.                                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |
| 7. Se eu fosse um empregador procurando contratar, evitaria contratar uma pessoa gorda.                                                                      |   |   |   |   |   |   |   |
| 8. Sinto nojo de mim mesmo quando ganho peso.                                                                                                                |   |   |   |   |   |   |   |
| 9. Uma das piores coisas que poderiam acontecer comigo seria ganhar 11 quilos.                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |
| 10. Preocupo-me em engordar.                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |
| 11. Pessoas que pesam muito podem perder pelo menos parte do peso com um pouco de exercício.                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |
| 12. Algumas pessoas são gordas porque não têm força de vontade.                                                                                              |   |   |   |   |   |   |   |
| 13. Pessoas gordas tendem a ser gordas por culpa própria.                                                                                                    |   |   |   |   |   |   |   |