

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
INSTITUTO CIÊNCIAS DA VIDA  
CURSO DE BACHARELADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

**Wedsley dos Santos Silva André**

**Estigma de peso corporal em universitários da área da saúde: um estudo do tipo  
vinheta**

Governador Valadares

2021

**Wedsley dos Santos Silva André**

**Estigma de peso corporal em universitários da área da saúde: um estudo do tipo  
vinheta**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Bacharelado em  
Educação Física da Universidade Federal  
de Juiz de Fora, campus Governador  
Valadares, como requisito parcial à  
obtenção do grau de Bacharel em  
Educação Física.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Henrique Berbert de Carvalho.

Governador Valadares

2021

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

**André, Wedsley dos Santos Silva .**

**Estigma de peso corporal em universitários da área da saúde : um estudo do tipo vinheta / Wedsley dos Santos Silva André. -- 2021. 42 f. : il.**

**Orientador: Pedro Henrique Berbert de Carvalho  
Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Avançado de Governador Valadares, Instituto de Ciências da Vida - ICV, 2021.**

**1. Preconceito de Peso. 2. Estigma Social. 3. Obesidade. 4. Estudantes de Ciências da Saúde. I. de Carvalho, Pedro Henrique Berbert, orient. II. Título.**

**Wedsley dos Santos Silva André**

**Estigma de peso corporal em universitários da área da saúde: um estudo do tipo  
vinheta**

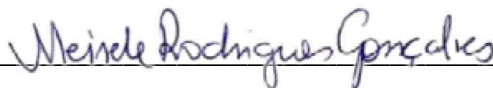
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Educação Física da Universidade Federal de Juiz de Fora, campus Governador Valadares, como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Educação Física.

Aprovada em 31 de agosto de 2021.

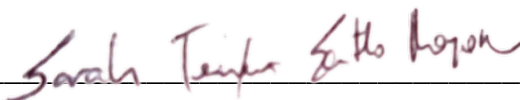
**BANCA EXAMINADORA**



\_\_\_\_\_  
Doutor. Pedro Henrique Berbert de Carvalho – Orientador  
Universidade Federal de Juiz de Fora



\_\_\_\_\_  
Doutora. Meirele Rodrigues Gonçalves  
Universidade Federal de Juiz de Fora



\_\_\_\_\_  
Doutora. Sarah Teixeira Soutto Mayor  
Universidade Federal de Juiz de Fora

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus que me guia e ilumina a minha caminhada diariamente.

Agradeço também a esta instituição, seu corpo docente, coordenação e administração por oportunizar essa janela de aprendizado e crescimento pessoal.

Ao meu orientador Dr. Pedro Henrique Berbert de Carvalho, por todo suporte, tempo e paciência durante o desenvolvimento deste projeto.

Aos meus pais por todo amor, apoio e incentivo.

Aos meus colegas da turma 08, por toda parceria durante essa caminhada, em especial ao Lander, por todo apoio, incentivo e parceria.

Ao meu amor por me acompanhar e apoiar durante toda graduação.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, a minha eterna gratidão.

## RESUMO

Estudos verificam uma alta prevalência de preconceito e discriminação em relação ao peso corporal, até mesmo em profissionais de saúde. Contudo, pouco se sabe sobre o estigma de peso em estudantes da área de Saúde. O presente estudo avaliou o estigma de peso corporal em universitários da área da saúde. Estudo do tipo vinheta foi realizado com 213 jovens universitários, que responderam aos seguintes questionários: sociodemográfico, instrumento de avaliação de estigma de peso (*Antifat Attitudes Test*) e uma de três vinhetas de forma aleatória, cada qual apresentando um paciente hipotético que se diferem somente quanto ao peso corporal (baixo peso, peso normal e excesso de peso). Na sequência responderam a um conjunto de 10 perguntas/afirmativas sobre características do paciente descritas na vinheta, com a finalidade de avaliar o efeito do peso corporal sobre as crenças estigmatizantes. Os resultados do presente estudo identificaram estigma de peso em 39,44% dos estudantes da área de saúde. De modo geral o estigma de peso foi maior em homens, pessoas classificadas com peso normal e estudantes de Fisioterapia. Abordagem experimental, por meio de vinhetas, demonstrou atitudes mais negativas em leitores expostos às vinhetas de paciente com excesso de peso e baixo peso em relação aos leitores de vinheta de paciente de peso normal. Foram observadas atitudes negativas em relação ao estado de saúde geral, qualidade dos hábitos alimentares, nível de atividade física, qualidade de vida geral, quão bem o paciente cuida de si, nível de autoestima, gerenciamento da saúde, nível de satisfação com o corpo e nível de consciência com o quadro de saúde atual.

**Palavras-chave:** Preconceito de Peso. Estigma Social. Obesidade. Estudantes de Ciências da Saúde.

## ABSTRACT

Studies show a high prevalence of body weight prejudice and discrimination, even among health professionals. However, little is known about weight stigma among undergraduate students in the health area. The present study assessed weight stigma among healthcare undergraduate students. A vignette study was carried out with 213 undergraduate students, who filled measures of: sociodemographic data, weight stigma (Antifat Attitudes Test) and one of three vignettes at random, each one with a hypothetical patient which differs only in terms of body weight (underweight, normal weight and overweight). Then, participants answered a set of 10 questions/statements about patient characteristics described in the vignette, in order to assess the effect of body weight on stigmatizing beliefs. Weight stigma was found in 39.44% of health care undergraduate students. Moreover, weight stigma was higher among men, people classified as normal weight, and Physical Therapy students. This experimental study, using vignettes, showed more negative attitudes in participants exposed to the overweight and underweight patient vignettes compared to those exposed to the normal weight patient vignette. We found negative attitudes towards general health status, quality of eating habits, level of physical activity, general quality of life, how well the patient takes care of themselves, level of self-esteem, health management, level of body satisfaction, and level of awareness with the current health status.

**Keywords:** Weight Prejudice. Social Stigma. Obesity. Students, Health Occupations.

## LISTA DE TABELAS

|          |   |    |
|----------|---|----|
| Tabela 1 | – Vinhetas utilizadas para experimento de exposição (leitura).....  | 15 |
| Tabela 2 | – Dados descritivos e comparação das variáveis em relação aos escores totais da <i>Antifat Attitudes Scale</i> (estigma de peso) e de suas subescalas em estudantes da área de Saúde (n = 213)..... | 18 |
| Tabela 3 | – Comparação entre os respondentes expostos ao experimento de leitura das vinhetas A, B ou C (n = 213).....   | 19 |



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|     |                                  |
|-----|----------------------------------|
| DP  | Desvio Padrão                    |
| GET | Gasto Energético Total.          |
| HDL | Lipoproteína de alta densidade   |
| IMC | Índice de Massa Corporal         |
| LDL | Lipoproteína de baixa densidade. |
| M   | Média                            |

## SUMÁRIO<sup>1</sup>

|  |           |
|--|-----------|
| <b>RESUMO/ABSTRACT/RESUMEN.....</b>  | <b>8</b>  |
| <b>INTRODUÇÃO.....</b>   | <b>11</b> |
| <b>MÉTODOS.....</b>  | <b>13</b> |
| <b>RESULTADOS.....</b>   | <b>17</b> |
| <b>DISCUSSÃO.....</b>  | <b>21</b> |
| <b>CONCLUSÃO.....</b>  | <b>24</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>  | <b>24</b> |
| <b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>                              | <b>28</b> |
| <b>APÊNDICE B – CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.....</b>                                       | <b>29</b> |
| <b>APÊNDICE C – VINHETAS DE TRÊS PERFIS HIPOTÉTICOS.....</b>                                     | <b>30</b> |
| <b>ANEXO A – ESCALA DE AVALIAÇÃO DO ESTIGMA DO PESO (<i>ANTIFAT<br/>ATTITUDES TEST</i>).....</b> | <b>33</b> |
| <b>ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....</b>   | <b>34</b> |
| <b>ANEXO C – REGRAS DE SUBMISSÃO À REVISTA CADERNOS DE SAÚDE<br/>PÚBLICA.....</b>                | <b>39</b> |

---

<sup>1</sup> O Sumário foi construído para que tenha coerência com as instruções aos autores (ANEXO C) para submissão de artigo científico a revista Cadernos de Saúde Pública (ISSNe: 1678-4464), motivo pelo qual não apresenta numeração, estando em desacordo com o “Manual de normalização para apresentação de trabalhos acadêmicos” da Universidade Federal de Juiz de Fora.

## **Estigma de peso corporal em universitários da área da saúde: um estudo do tipo vinheta**

### **Resumo**

Estudos verificam uma alta prevalência de preconceito e discriminação em relação ao peso corporal, até mesmo em profissionais de saúde. Contudo, pouco se sabe sobre o estigma de peso em estudantes da área de Saúde. O presente estudo avaliou o estigma de peso em universitários da área da saúde. Estudo do tipo vinheta foi realizado com 213 jovens universitários, que responderam aos seguintes questionários: sociodemográfico, instrumento de avaliação de estigma de peso (*Antifat Attitudes Test*) e uma de três vinhetas de forma aleatória, cada qual apresentando um paciente hipotético que se diferem somente quanto ao peso corporal (baixo peso, peso normal e excesso de peso). Na sequência responderam a um conjunto de 10 perguntas/afirmativas sobre características do paciente descritas na vinheta, com a finalidade de avaliar o efeito do peso corporal sobre as crenças estigmatizantes. Os resultados do presente estudo identificaram estigma de peso em 39,44% dos estudantes da área de saúde. De modo geral o estigma de peso foi maior em homens, pessoas classificadas com peso normal e estudantes de Fisioterapia. Abordagem experimental, por meio de vinhetas, demonstrou atitudes mais negativas em leitores expostos às vinhetas de paciente com excesso de peso e baixo peso em relação aos leitores de vinheta de paciente de peso normal. Foram observadas atitudes negativas em relação ao estado de saúde geral, qualidade dos hábitos alimentares, nível de atividade física, qualidade de vida geral, quão bem o paciente cuida de si, nível de autoestima, gerenciamento da saúde, nível de satisfação com o corpo e nível de consciência com o quadro de saúde atual.

**Palavras-chave:** Preconceito de Peso. Estigma Social; Obesidade; Estudantes de Ciências da Saúde.

## **Weight stigma among healthcare undergraduate students: a vignette study**

### **Abstract**

Studies show a high prevalence of body weight prejudice and discrimination, even among health professionals. However, little is known about weight stigma among undergraduate students in the health area. The present study assessed weight stigma among healthcare undergraduate students. A vignette study was carried out with 213 undergraduate students, who filled measures of: sociodemographic data, weight stigma (*Antifat Attitudes Test*) and one of three vignettes at random, each one with a hypothetical patient which differ only in terms of body weight (underweight, normal weight and overweight). Then, participants

answered a set of 10 questions/statements about patient characteristics described in the vignette, in order to assess the effect of body weight on stigmatizing beliefs. Weight stigma was found in 39.44% of health care undergraduate students. Moreover, weight stigma was higher among men, people classified as normal weight and Physical Therapy students. This experimental study using vignettes showed more negative attitudes in participants exposed to the overweight and underweight patient vignettes compared to those exposed to the normal weight patient vignette. We found negative attitudes towards general health status, quality of eating habits, level of physical activity, general quality of life, how well the patient takes care of themselves, level of self-esteem, health management, level of body satisfaction, and level of awareness with the current health status.

**Keywords:** Weight Prejudice; Social Stigma; Obesity; Students, Health Occupations.

### **El estigma del peso en estudiantes universitarios de la salud: un estudio tipo viñeta**

#### **Resumen**

Los estudios muestran una alta prevalencia de prejuicios y discriminación en relación con el peso corporal, incluso entre los profesionales de la salud. Sin embargo, poco se sabe sobre el estigma del peso entre los estudiantes en el campo de la salud. El presente estudio evaluó el estigma del peso en estudiantes universitarios en el área de la salud. Se realizó un estudio tipo viñeta con 213 jóvenes universitarios, quienes respondieron a los siguientes cuestionarios: sociodemográfico, instrumento de valoración del estigma de peso (*Antifat Attitudes Test*) y una de tres viñetas al azar, cada una con un paciente hipotético que difiere sólo en términos de peso corporal (bajo peso, peso normal y sobrepeso). Luego respondieron un conjunto de 10 preguntas / declaraciones sobre las características de los pacientes descritas en la viñeta, con el fin de evaluar el efecto del peso corporal en las creencias estigmatizantes. Los resultados del presente estudio identificaron el estigma del peso en el 39,44% de los estudiantes de salud. En general, el estigma del peso fue mayor en los hombres, las personas clasificadas como de peso normal y los estudiantes de Fisioterapia. El experimento con viñetas mostró actitudes más negativas en participantes expuestos a las viñetas de pacientes con sobrepeso y bajo peso en comparación con los participantes expuestos a la viñetas de pacientes con peso normal. Encontramos actitudes negativas hacia el estado de salud general, la calidad de los hábitos alimentarios, el nivel de actividad física, la calidad de vida general, el cuidado de sí mismo del paciente, el nivel de autoestima, el manejo de la salud, el nivel de satisfacción con el cuerpo y nivel de conciencia con la situación de salud actual,

**Palabras-clave:** Prejuicio de Peso; Estigma Social; Obesidad; Estudiantes del Área de la Salud

## Introdução

O índice de massa corporal tem associação com comorbidades que afetam a saúde pública mundial <sup>1,2</sup>. O sobre peso e o baixo peso destacam-se por serem considerados importantes fatores de risco para o desenvolvimento de comorbidades cardiometabólicas <sup>1,3</sup>. No entanto, as comorbidades associadas ao índice de massa corporal vão além das físicas, pois tais condições também repercutem em questões psicossociais como a insatisfação corporal, transtornos alimentares, discriminação e preconceito <sup>4,5</sup>. Dados apontam que a prevalência de discriminação por peso corporal pode chegar a 57% <sup>6</sup>, e que embora envolvidos diretamente no tratamento com indivíduos com sobrepeso e obesidade, os profissionais da área de saúde são recorrentes fontes de estigma do peso <sup>7,8</sup>.

O estigma de peso é descrito como preconceito e discriminação em relação ao peso corporal <sup>7,9</sup>, que engloba atitudes, sentimentos, estereótipos, atributos, crenças e comportamentos contrários a indivíduos percebidos com excesso de peso, equivalente às taxas de prevalência de discriminação racial <sup>10,11</sup>, frequente em mídias sociais, jornais, programas de televisão, livros, mídia infantil e até mesmo em campanhas de saúde <sup>4,12,13</sup>, utilizado como uma ferramenta de controle social baseada na premissa de culpar ou responsabilizar indivíduos por seu excesso de peso <sup>6</sup>. Com a finalidade de desencorajar comportamentos não saudáveis e/ou encorajar a adoção de hábitos tidos como “saudáveis” como dietas e programas de perda de peso, discursos são propagados com mensagens estigmatizantes <sup>14,15</sup>. No entanto, as evidências disponíveis até o momento apontam que estigmatizar indivíduos pelo seu peso corporal é prejudicial à saúde e pode acarretar desarranjos físicos, psicológicos e sociais <sup>5,16</sup>. Vale referenciar que indivíduos percebidos com baixo peso também são descritos como possíveis vítimas do estigma de e os seus prejuízos à saúde <sup>17</sup>.

Contrariamente ao esperado, profissionais de saúde, mesmo os especializados em obesidade, são importantes fontes de estigma do peso <sup>8,16,18</sup>. Pacientes com sobrepeso e obesidade reportam a ocorrência de comentários inapropriados e desrespeitosos em atendimentos e consultas, além de relatarem se sentir incompreendidos por esses profissionais <sup>18</sup>. Desse modo, a literatura atual aponta fortes indícios de elevado estigma de peso em profissionais de saúde <sup>8,16,18</sup>.

Por outro lado, há relatos de médicos de que se sentem despreparados e com pouco conhecimento para conduzir tratamentos envolvendo pacientes com excesso de peso, alegando receber pouca informação durante a graduação <sup>19,20</sup>. Inesperadamente, mesmo alegando despreparo e pouco conhecimento, os mesmos ponderam que a obesidade faz parte do seu campo de ação, sendo uma obrigação médica advertir os indivíduos com excesso de

peso a respeito de riscos e consequências à saúde que a obesidade acarreta <sup>21,22</sup>. Ao observar um paciente com excesso de peso, profissionais de saúde podem alterar sua forma de abordagem, atendimento e tratamento <sup>23</sup>. Quanto mais pesado o paciente avaliado, menor é o número de exames prescritos, assim como são relatados menor paciência e empenho no tratamento e, conseqüentemente, menor o tempo dedicado na consulta <sup>23,24</sup>. Desse modo é notório o estigma de peso corporal em profissionais de saúde <sup>5,8</sup>.

Estudos realizados com profissionais de Educação Física relataram altos índices de estigma de peso por parte desses profissionais <sup>25,26</sup>. Indivíduos obesos relatam ter vivências frequentes de estigma de peso em ambientes de prática de exercícios físicos <sup>27</sup>. Fisioterapeutas, por exemplo, consideram e utilizam estratégias de controle do peso como parte do seu escopo de prática <sup>28</sup>, mas quando investigado apresentaram estigma de peso elevado <sup>29,30</sup>, como acreditar que pessoas obesas são desmotivadas, não aderentes e pouco atraentes <sup>29,30</sup>. Resultados semelhantes foram encontrados em nutricionistas, que descrevem indivíduos obesos como deselegantes, sem força de vontade, preguiçosos e gananciosos <sup>25</sup>. A literatura atual aponta que quando questionados sobre as causas da obesidade, os nutricionistas têm a tendência de culpar os indivíduos alegando que pessoas com excesso de peso não tem consciência e não se importam com seu corpo, são viciados ou dependentes em comida e que poderiam alcançar o peso ideal se fossem motivados <sup>25</sup>. Atribuir o excesso de peso a falta de consciência, assim como ausência de força de vontade é uma visão estigmatizante, visto que pessoas com sobrepeso e obesidade já se culpam e tem vergonha de seu corpo <sup>5,8</sup>.

As produções existentes em relação ao estigma de peso têm se direcionado especialmente para profissionais já formados e estudantes de medicina (residentes) <sup>8,16,18</sup>. Diante do exposto, cabe questionar: Existe estigma de peso em estudantes, futuros profissionais da área de saúde? Quais são as percepções de futuros profissionais de saúde em relação à paciente com baixo peso, peso normal e excesso de peso? O estigma de peso é direcionado apenas para pessoas com excesso de peso, ou também a indivíduos com baixo peso?

Diante do exposto o objetivo principal do presente estudo foi avaliar o estigma de peso e o efeito do peso corporal no estigma de universitários da área da saúde. Considerando o cenário atual é de suma importância à resposta aos questionamentos acima. Profissionais de saúde são descritos como fonte recorrente de estigma de peso, o que pode ter sua origem no contato social diário, o que inclui seu período de formação profissional formal (graduação). Estudantes da área da saúde serão futuros profissionais que prestarão serviços a indivíduos

com excesso de peso e caso tenham estigma de peso nesta fase de formação podem atuar de forma estigmatizante em relação aos pacientes.

## Métodos

Este estudo do tipo transversal, experimental do tipo vinheta<sup>31</sup>, descritivo, associativo e comparativo<sup>32</sup>, foi realizado por *survey* online com 217 estudantes de graduação de cursos da área da Saúde de uma instituição de ensino superior de Minas Gerais, Brasil. Foram incluídos maiores de 18 anos, regularmente matriculados em qualquer curso da Área da Saúde da instituição participante, que no momento da pesquisa ofertava graduação em Educação Física, Nutrição, Fisioterapia, Farmácia, Odontologia e Medicina.

O tamanho amostral foi calculado considerando teste ANCOVA com efeitos fixos, com análise de efeito principal e interações, por meio do software G\*Power versão 3.1.9.4. Os parâmetros especificados a priori foram: (a) tamanho de efeito moderado ( $f = 0,25$ ), (b)  $\alpha = 5\%$ , (c) poder de 80%, (d) comparação de três grupos (respondentes das vinhetas A, B e C), e, (e) uma covariável de controle (medida de estigma de peso). A análise indicou a necessidade de 179 participantes. Contudo, foram coletados dados de todos aqueles interessados em participar.

O estudo foi divulgado no site oficial da instituição com convite a estudantes da área de saúde. Ademais, foi enviado aos coordenadores de curso da área de Saúde um e-mail solicitando que enviassem convite oficial à lista de todos os alunos matriculados no semestre em que a coleta de dados estava ocorrendo. O email convite explicava os objetivos da pesquisa e fornecia o link de acesso ao formulário online (*Google Forms*®). Ao acessar o formulário os participantes tinham acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, em caso de concordância, eram apresentados, na sequência abaixo, quatro questionários. O primeiro questionário tinha como objetivo a recolha de dados sociodemográficos, incluindo: curso de graduação, ano de ingresso, sexo, idade, massa corporal e estatura autorreferidas (para o cálculo do índice de massa corporal).

Na sequência foi avaliado o estigma de peso corporal por meio do *Antifat Attitudes Test* em sua versão adaptada e validada para português do Brasil<sup>33</sup>. O teste possui 34 itens que devem ser respondidos em uma escala do tipo Likert com cinco opções (variando entre 1 = discordo totalmente e 5 = concordo totalmente). Maiores escores refletem atitudes mais negativas em relação à obesidade e aos indivíduos obesos<sup>33</sup>. Por meio de análise fatorial os autores identificaram que o instrumento possui uma estrutura composta por três subescalas, a saber: *Depreciação social e do caráter, Não atratividade física e romântica, e Controle do*



*peso e culpa*<sup>33</sup>. O escore total é obtido pela soma das pontuações dividido pelo número de itens da escala, ou seja, 34<sup>33</sup>. O cálculo do escore de cada subescala se dá pelo somatório das pontuações atribuídas pelo respondente a cada item que compõe cada subescala, dividido pelo número de itens que compõem cada subescala. Os escores obtidos na *Antifat Attitudes Test* serviram para avaliação da presença de estigma de peso nos estudantes da área de Saúde, bem como para verificar a paridade entre os grupos alocados em cada vinheta (vinhetas A, B e C, explicadas logo abaixo).

Com a finalidade de avaliar o efeito do peso corporal sobre as crenças estigmatizantes de estudantes da área de Saúde foram elaboradas três vinhetas (ver Tabela 1), cada qual apresenta dados hipotéticos de uma paciente. As vinhetas descrevem dados demográficos (sexo, idade e raça/etnia), antropométricos (massa corporal, estatura e IMC), bioquímicos (colesterol total, HDL, LDL e glicemia de jejum), pressão arterial, hábitos de vida como prática de exercício físico, tempo médio de sono noturno, e consumo alimentar. Os valores apresentados nas três vinhetas refletem parâmetros adequados para um adulto saudável, de forma que nenhuma medida específica de sangue ou dieta por si só pode indicar um estilo de vida ou hábitos ruins. Dados de pressão arterial<sup>34</sup>, colesterol<sup>35</sup>, glicose em jejum<sup>36</sup>, bem como os dados dietéticos<sup>37</sup>, horas de sono e de atividade física dos pacientes estavam dentro das recomendações gerais para um adulto saudável<sup>38</sup>. Os únicos dados que se difere entre as três vinhetas são o peso corporal e o índice de massa corporal da paciente, de forma a obter três vinhetas: paciente com baixo peso (vinheta “A”), paciente com peso normal (vinheta “B”) e paciente com excesso de peso (vinheta “C”). De modo aleatório o participante deveria escolher a leitura de uma das vinhetas sem conhecer o conteúdo das mesmas.

Após a leitura de uma das vinhetas os praticantes responderam ao quarto questionário, elaborado com base em perguntas prévias de estudos anteriores<sup>39, 40</sup>, que constava de 10 perguntas/afirmativas com o objetivo de avaliar o estado de saúde geral, qualidade dos hábitos alimentares, nível de atividade física, qualidade de vida geral, quão bem o paciente cuida de si, nível de autoestima, gerenciamento da saúde, nível de satisfação com o corpo e nível de consciência com o quadro de saúde atual. Cada uma das perguntas foi respondida utilizando uma escala do tipo Likert de 5 pontos com as seguintes opções de respostas: 1 = excelente; 2 = bom; 3 = regular; 4 = ruim, e; 5 = péssimo. Maiores escores demonstram atitudes mais negativas dos respondentes em relação à paciente.

**Tabela 1.**

Vinhetas utilizadas para experimento de exposição (leitura)

| Vinhetas                     | Descrição apresentada ao participante  |
|------------------------------|--|
| A (paciente com baixo peso)  | <p>Maria de 28 anos foi ao local no qual você é estagiário, a procura de atendimentos básicos de saúde para consulta rotineira, após uma pequena avaliação constatou-se que ela tem 1,65 metros de estatura, 45 kg de massa corporal e <b>índice de massa corporal de 16.5 kg/m<sup>2</sup>, considerado baixo peso dentro da classificação do índice de massa corporal</b>. Os exames bioquímicos de Maria apresentaram valores adequados, a saber: Colesterol total: 148 mg/dL; HDL: 50 mg/dL; LDL: 80 mg/dL; Glicemia em jejum: 95 mg/dL. Após aferir a pressão arterial constatou-se valor dentro da normalidade para mulheres de sua faixa etária, correspondendo a: pressão arterial sistólica de 116 mmHg e pressão arterial diastólica de 76 mmHg. Ao conversar sobre sua rotina diária Maria relatou que possui bons hábitos. Costuma dormir cerca de 7 a 8 horas diárias de sono noturno, se exercita regularmente em uma frequência de 5 vezes por semanas, durante 50 minutos a cada sessão. Em relação aos hábitos alimentares, Maria relatou uma ingestão calórica adequada para os parâmetros esperados para sua constituição física, condizentes com seu gasto energético total (GET). Após seu relato é perceptível o consumo de quantidades adequadas de proteína, lipídios e carboidratos. Maria opta por alimentos naturais, evitando industrializado e consumindo porções de frutas, legumes e vegetais. Por fim Maria relatou estar contente com os seus hábitos de vida e seu corpo no geral.</p> |
| B (paciente com peso normal) | <p>Maria de 28 anos foi ao local no qual você é estagiário, a procura de atendimentos básicos de saúde para consulta rotineira, após uma pequena avaliação constatou-se que ela tem 1,65 metros de estatura, 60 kg de massa corporal e <b>índice de massa corporal de 22 kg/m<sup>2</sup>, considerado peso normal dentro da classificação do índice de massa corporal</b>. Os exames bioquímicos de Maria apresentaram valores adequados, a saber: Colesterol total: 148 mg/dL; HDL: 50 mg/dL; LDL: 80 mg/dL; Glicemia em jejum: 95 mg/dL. Após aferir a pressão arterial constatou-se valor dentro da normalidade para mulheres de sua faixa etária, correspondendo a: pressão arterial sistólica de 116 mmHg e pressão arterial diastólica de 76 mmHg. Ao conversar sobre sua rotina diária Maria relatou que possui bons hábitos. Costuma dormir cerca de 7 a 8 horas diárias de sono noturno, se exercita regularmente em uma frequência de 5 vezes por semanas, durante 50 minutos a cada sessão. Em relação aos hábitos alimentares, Maria relatou uma ingestão calórica adequada para os parâmetros esperados para sua constituição física, condizentes com seu gasto energético total (GET). Após seu relato é perceptível o consumo de quantidades adequadas de proteína, lipídios e carboidratos. Maria opta por alimentos naturais, evitando industrializado e consumindo porções de frutas, legumes e vegetais. Por fim Maria relatou estar contente com os seus hábitos de vida e seu corpo no geral.</p>  |

Tabela 1.continua

| Vinhetas utilizadas para experimento de exposição (leitura) |   |
|---|---|
| C (Paciente com excesso de peso)                            | <p>Maria de 28 anos foi ao local no qual você é estagiário, a procura de atendimentos básicos de saúde para consulta rotineira, após uma pequena avaliação constatou-se que ela tem 1,65 metros de estatura, 75 kg de massa corporal e <b>índice de massa corporal de 27,5 kg/m<sup>2</sup>, considerado excesso de peso dentro da classificação do índice de massa corporal</b>. Os exames bioquímicos de Maria apresentaram valores adequados, a saber: Colesterol total: 148 mg/dL; HDL: 50 mg/dL; LDL: 80 mg/dL; Glicemia em jejum: 95 mg/dL. Após aferir a pressão arterial constatou-se valor dentro da normalidade para mulheres de sua faixa etária, correspondendo a: pressão arterial sistólica de 116 mmHg e pressão arterial diastólica de 76 mmHg. Ao conversar sobre sua rotina diária Maria relatou que possui bons hábitos. Costuma dormir cerca de 7 a 8 horas diárias de sono noturno, se exercita regularmente em uma frequência de 5 vezes por semanas, durante 50 minutos a cada sessão. Em relação aos hábitos alimentares, Maria relatou uma ingestão calórica adequada para os parâmetros esperados para sua constituição física, condizentes com seu gasto energético total (GET). Após seu relato é perceptível o consumo de quantidades adequadas de proteína, lipídios e carboidratos. Maria opta por alimentos naturais, evitando industrializado e consumindo porções de frutas, legumes e vegetais. Por fim Maria relatou estar contente com os seus hábitos de vida e seu corpo no geral.</p> |

Nota: Em negrito destaque para o fragmento da vinheta que indica as diferenças de índice de massa corporal da paciente. Todo o conteúdo, exceto a descrição de índice de massa corporal, é idêntico entre as vinhetas.

Todos os dados foram tratados no software JASP versão 0.14.0.0, adotando nível de significância de 5%. Os dados foram descritos por meio de frequência absoluta e relativa para dados categóricos e por meio de média e desvio-padrão para dados contínuos. Para classificar os participantes quanto à presença ou ausência de estigma de peso corporal foram considerados os escores da *Antifat Attitudes Test*. Média de escore superior a 2 indicam presença de estigma de peso.

Foram realizados testes de comparação dos escores de estigma de peso em relação às variáveis sociodemográficas (sexo, índice de massa corporal, curso de graduação e ano do curso) utilizando teste *U* de Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis, quando pertinente. O pareamento dos participantes alocados nas vinhetas A, B e C em relação ao estigma de peso foi testado por meio do teste Kruskal-Wallis. Para ambos os casos comparações post hoc por pares foi realizada pelo teste Dwass-Steel-Critchlow-Fligner. Devido ao fato de não pareamento, para avaliar o efeito do peso corporal descrito nas vinhetas no estigma dos estudantes da área de saúde, foi realizado teste ANCOVA, utilizando os escores totais obtidos na *Antifat Attitudes Test* como variável controle. Para todos os testes foram avaliados os

tamanhos de efeito, expressos em  $d$  de Cohen. Os valores foram classificados como 0,20–0,50 (pequeno), 0,50–0,80 (médio) e acima de 0,80 (grande).

O presente estudo respeitou os princípios da *Resolução n° 466/2012* do Conselho Nacional de Saúde. Foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em seres Humanos da instituição de ensino na qual os dados foram coletados (CAAE: 44553121.0.0000.5147, parecer de aprovação n° 4.746.480).

## Resultados

Do total de 217 participantes, foram excluídos quatro; dois por não informarem dados sociodemográficos, um por não responder ao questionário *Antifat Attitudes Test*, e um por não responder às perguntas realizadas após a leitura da vinheta. Foram analisados dados de 213 estudantes da área da saúde, sendo que 65,73% da amostra era do sexo feminino ( $n = 140$ ). A amostra total tem média de idade de 22,90 anos ( $DP = 3,35$ ) e média de índice de massa corporal de 23,20 kg/m<sup>2</sup> ( $DP = 5,46$ ).

A prevalência de estigma de peso, avaliada pela *Antifat Attitudes Test*, foi de 39,44% ( $n = 84$ ). A Tabela 2 apresenta os dados descritivos da amostra e a comparação para os escores de estigma de peso em relação às características sociodemográficas.

Comparação entre os sexos demonstrou diferença estatisticamente significativa para o escore total da *Antifat Attitudes Test* ( $U$  de Mann-Whitney = 3407;  $p < 0,001$ ;  $d$  Cohen = 0,33 [95%IC = 0,18–0,47]) e para a subescala *Controle do peso e culpa* ( $U$  de Mann-Whitney = 3776;  $p = 0,002$ ;  $d$  Cohen = 0,26 [95%IC = 0,10–0,41]). Em ambos os casos homens obtiveram escores mais elevados do que mulheres (Tabela 2). Para comparação entre os grupos por estado nutricional também foi verificada diferença estatisticamente significativa para o escore total da *Antifat Attitudes Test* ( $\chi^2(2) = 9,19$ ;  $p = 0,01$ ) e subescala *Controle do peso e culpa* ( $\chi^2(2) = 11,58$ ;  $p = 0,003$ ). Teste post hoc de Dwass-Steel-Critchlow-Fligner demonstrou maior escore total para pessoas com peso normal em relação às pessoas com excesso de peso ( $p = 0,033$ ), bem como para pessoas com peso normal em relação às de baixo peso ( $p = 0,044$ ) e excesso de peso ( $p = 0,011$ ) na subescala *Controle do peso e culpa* (Tabela 2).

Em relação aos cursos da área de saúde observou-se diferença estatisticamente significativa apenas para a subescala *Depreciação social e do caráter* ( $\chi^2(5) = 21,36$ ;  $p < 0,001$ ). Teste post hoc de Dwass-Steel-Critchlow-Fligner demonstrou maiores escores nesta subescala para estudantes da Fisioterapia em comparação aos estudantes de Educação Física

( $p = 0,012$ ) e Nutrição ( $p = 0,006$ ). Em ambos os casos os escores mais elevados foram para o curso de Fisioterapia (Tabela 2).

**Tabela 2**

Dados descritivos e comparação das variáveis em relação aos escores totais da *Antifat Attitudes Scale* (estigma de peso) e de suas subescalas em estudantes da área de Saúde ( $n = 213$ ).

| Variáveis                        | Antifat Attitudes Test   |                           |                                     |                                 |
|----------------------------------|--------------------------|---------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
|                                  | Escore total             | Subescalas                |                                     |                                 |
|                                  |                          | Controle do peso e culpa  | Não atratividade física e romântica | Depreciação social e do caráter |
| M(DP)                            | M(DP)                    | M(DP)                     | M(DP)                               |                                 |
| <b>Sexo</b>                      |                          |                           |                                     |                                 |
| Masculino (n = 73; 34,27%)       | 2,20 (0,52) <sup>a</sup> | 2,52(0,74) <sup>a</sup>   | 2,20(0,50)                          | 1,81(0,49)                      |
| Feminino (n = 140; 65,73%)       | 1,95 (0,41) <sup>a</sup> | 2,20(0,65) <sup>a</sup>   | 2,09(0,45)                          | 1,77(0,48)                      |
| <b>Índice de Massa Corporal</b>  |                          |                           |                                     |                                 |
| Baixo peso (n = 20; 9,39%)       | 1,93(0,47)               | 2,10(0,68) <sup>d</sup>   | 2,11(0,48)                          | 1,63(0,56)                      |
| Peso normal (n = 120; 56,34%)    | 2,11(0,51) <sup>b</sup>  | 2,46(0,74) <sup>c,d</sup> | 2,18(0,52)                          | 1,80(0,47)                      |
| Excesso de peso (n = 73; 34,27%) | 1,94(0,36) <sup>b</sup>  | 2,14(0,57) <sup>c</sup>   | 2,05(0,36)                          | 1,83(0,46)                      |
| <b>Curso</b>                     |                          |                           |                                     |                                 |
| Educação Física (n = 48; 22,53%) | 1,98(0,45)               | 2,34(0,64)                | 2,08(0,46)                          | 1,65(0,28) <sup>e</sup>         |
| Farmácia (n = 25; 11,74%)        | 2,19(0,48)               | 2,41(0,70)                | 2,20(0,49)                          | 1,93(0,68)                      |
| Fisioterapia (n = 23; 10,80%)    | 2,10(0,54)               | 2,31(0,72)                | 2,12(0,54)                          | 2,06(0,59) <sup>e,f</sup>       |
| Medicina (n = 45; 21,13%)        | 2,09(0,52)               | 2,33(0,80)                | 2,28(0,50)                          | 1,68(0,49)                      |
| Nutrição (n = 48; 22,53%)        | 1,91(0,33)               | 2,18(0,60)                | 2,03(0,34)                          | 1,64(0,35) <sup>f</sup>         |
| Odontologia (n = 24; 11,27%)     | 2,08(0,49)               | 2,43(0,76)                | 2,08(0,55)                          | 1,89(0,48)                      |
| <b>Ano do curso</b>              |                          |                           |                                     |                                 |
| 1° e 2° ano (n = 63; 29,58%)     | 2,02(0,36)               | 2,33(0,63)                | 2,12(0,31)                          | 1,75(0,46)                      |
| 3° e 4° ano (n = 78; 36,62%)     | 2,03(0,48)               | 2,33(0,70)                | 2,12(0,51)                          | 1,85(0,47)                      |
| 5° e 6° ano (n = 72; 33,80%)     | 2,05(0,54)               | 2,30(0,76)                | 1,75(0,46)                          | 1,78(0,51)                      |
| <b>Vinheta</b>                   |                          |                           |                                     |                                 |
| A (n = 86; 40,37%)               | 1,93(0,38) <sup>g</sup>  | 2,24(0,62)                | 2,03(0,38) <sup>h</sup>             | 1,77(0,45)                      |
| B (n = 68; 31,93%)               | 2,05(0,38)               | 2,23(0,56)                | 2,17(0,36) <sup>h</sup>             | 1,77(0,46)                      |
| C (n = 59; 27,70%)               | 2,18(0,62) <sup>g</sup>  | 2,54(0,88)                | 2,22(0,65)                          | 1,87(0,55)                      |

M: média; DP: desvio-padrão.

<sup>a</sup> Diferença estatisticamente significativa entre os sexos; <sup>b</sup> Diferença estatisticamente significativa entre peso normal e excesso de peso; <sup>c</sup> Diferença estatisticamente significativa entre peso normal e excesso de peso; <sup>d</sup> Diferença estatisticamente significativa entre peso normal e baixo de peso; <sup>e</sup> Diferença estatisticamente significativa entre Fisioterapia e Educação Física.

<sup>f</sup> Diferença estatisticamente significativa entre Fisioterapia e Nutrição; <sup>g</sup> Diferença estatisticamente significativa entre respondentes da vinheta C e A; <sup>h</sup> Diferença estatisticamente significativa entre respondentes da vinheta B e A.

Com a finalidade de verificar o pareamento entre os estudantes que realizaram a leitura das vinhetas A, B e C em relação ao estigma de peso, foi realizado teste de comparação entre

os grupos, que indicou haver diferenças estatisticamente significantes quanto ao escore total da *Antifat Attitudes Test* ( $\chi^2(2) = 8,54$ ;  $p = 0,014$ ) e da subescala *Não atratividade física e romântica* ( $\chi^2(2) = 7,17$ ;  $p < 0,028$ ). Teste post hoc de Dwass-Steel-Critchlow-Fligner demonstrou maiores escores para a escala total em leitores da vinheta C em comparação aos leitores da vinheta A ( $p = 0,019$ ). Para a subescala *Não atratividade física e romântica* observou-se maiores escores para leitores da vinheta B em relação aos leitores da vinheta A ( $p = 0,042$ ; Tabela 2). Devido ao não pareamento do estigma de peso entre os grupos de leitores das vinhetas A, B e C, teste ANCOVA, considerando o estigma de peso como covariável, foi utilizado para avaliar o efeito do peso corporal descrito nas vinhetas sobre crenças estigmatizantes de estudantes da área de saúde. A Tabela 3 apresenta a comparação entre os respondentes para as perguntas realizadas após experimento. Para todas as 10 perguntas foi observada diferença estatisticamente significativa (Tabela 3).

**Tabela 3**

Comparação entre os respondentes expostos ao experimento de leitura das vinhetas A, B ou C (n = 213).

| Perguntas  | Vinheta A                 | Vinheta B                  | Vinheta C                   | ANCOVA<br>F(gl) |
|--|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------|
|  | M (DP)                    | M (DP)                     | M (DP)                      |                 |
| 1. Como você classifica o estado de saúde geral de Maria?                                | 2,23(1,05) <sup>b</sup>   | 1,44(0,72) <sup>a,b</sup>  | 2,42(1,12) <sup>a</sup>     | F(3) = 23,1*    |
| 2. Como você classifica a quantidade de ingestão energética diária de Maria?             | 2,32(1,21) <sup>b</sup>   | 1,57(0,68) <sup>a,b</sup>  | 2,73(1,42) <sup>a</sup>     | F(3) = 25,1*    |
| 3. Como você classifica os hábitos alimentares de Maria?                                 | 2,07(1,12) <sup>b</sup>   | 1,43(0,68) <sup>a,b</sup>  | 2,71(1,49) <sup>a</sup>     | F(3) = 28,3*    |
| 4. Como você avalia o nível de atividade física de Maria?                                | 1,67(0,90) <sup>c</sup>   | 1,57(0,65) <sup>a</sup>    | 2,27(1,19) <sup>a,c</sup>   | F(3) = 10,6*    |
| 5. Como você avalia a qualidade de vida geral de Maria?                                  | 1,91(0,84) <sup>b</sup>   | 1,52(0,66) <sup>a,b</sup>  | 2,51(1,17) <sup>a</sup>     | F(3) = 20,6*    |
| 6. Quão bom você acredita ser os cuidados de Maria com sua saúde?                        | 1,99(0,91) <sup>b</sup>   | 1,46(0,68) <sup>a,b</sup>  | 2,45(1,27) <sup>a</sup>     | F(3) = 22,0*    |
| 7. Quão boa você acreditar ser a autoestima de Maria?                                    | 2,23(1,06) <sup>b</sup>   | 1,78(0,71) <sup>a,b</sup>  | 2,85(1,54) <sup>a</sup>     | F(3) = 17,1*    |
| 8. Em sua opinião como Maria gerencia a sua saúde?                                       | 2,02(1,01) <sup>b</sup>   | 1,49(0,64) <sup>a,b</sup>  | 2,48(1,22) <sup>a</sup>     | F(3) = 23,6*    |
| 9. Em sua opinião qual o nível de satisfação de Maria com o seu corpo?                   | 2,20(1,17) <sup>b,c</sup> | 1,72(0,79) <sup>a,b</sup>  | 2,95(1,59) <sup>a,b,c</sup> | F(3) = 20,6*    |
| 10. Em sua opinião qual o nível de consciência de Maria com o seu quadro de saúde atual? | 2,29(1,12) <sup>b</sup>   | 1,157(0,72) <sup>a,b</sup> | 2,59(1,36) <sup>a</sup>     | F(3) = 13,9*    |

M: média; DP: desvio-padrão. \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$ .

<sup>a</sup> Diferença estatisticamente significativa entre respondentes da vinheta B e C; <sup>b</sup> Diferença estatisticamente significativa entre respondentes da vinheta A e B; <sup>c</sup> Diferença estatisticamente significativa entre respondentes da vinheta A e C.

Post-hoc de Bonferroni demonstrou que os leitores da vinheta com paciente com baixo peso ( $t(209) = 5,82$ ;  $p < 0,001$ ;  $d$  Cohen = 0,95 [95%IC = 0,62-1,29]) ou excesso de peso ( $t(209) = 5,37$ ;  $p < 0,001$ ;  $d$  Cohen = 0,96 [95%IC = 0,60-1,33]) julgaram o estado de saúde geral da paciente (Pergunta 1) como pior do que leitores da vinheta com paciente de peso normal. Resultado similar foi observado entre os leitores da vinheta com paciente com baixo peso ( $t(208) = 4,96$ ;  $p < 0,001$ ;  $d$  Cohen = 0,81 [95%IC = 0,48-1,14]) ou excesso de peso ( $t(208) = 5,45$ ;  $p < 0,001$ ;  $d$  Cohen = 0,98 [95%IC = 0,61-1,34]) em relação aos leitores da vinheta com paciente de peso normal para a ingestão energética da paciente (Pergunta 2).

As avaliações referentes aos hábitos alimentares da paciente (Pergunta 3) demonstraram que leitores da vinheta de paciente com baixo peso ( $t(209) = 4,46$ ;  $p < 0,001$ ;  $d$  Cohen = 0,73 [95%IC = 0,40-1,06]) e excesso de peso ( $t(209) = 6,24$ ;  $p < 0,001$   $d$  Cohen = 1,12 [95%IC = 0,75-1,49]) apresentaram escores mais elevados quando comparados a leitores da vinheta de paciente de peso normal. Indicando que aqueles julgaram como piores os hábitos alimentares da paciente em relação aos leitores da vinheta de paciente de peso normal.

Foi observado que leitores da vinheta com paciente com excesso de peso julgaram o nível de atividade física da paciente (Pergunta 4) como pior quando comparados a leitores da vinheta de paciente de peso normal ( $t(209) = 3,95$ ;  $p < 0,001$ ;  $d$  Cohen = 0,71 [95%IC = 0,35-1,07]) e baixo peso ( $t(209) = 3,11$ ;  $p = 0,006$ ;  $d$  Cohen = 0,54 [95%IC = 0,19-0,89]). Por sua vez, leitores das vinhetas de paciente com baixo peso ( $t(208) = 3,41$ ;  $p = 0,002$ ;  $d$  Cohen = 0,56 [95%IC = 0,23-0,88]) e excesso de peso ( $t(208) = 5,38$ ;  $p < 0,001$ ;  $d$  Cohen = 0,97 [95%IC = 0,60-1,33]), julgaram a qualidade de vida da paciente como pior (Pergunta 5) em relação aos leitores da vinheta com peso normal. Resultado similar foi observado entre os leitores da vinheta com paciente com baixo peso ( $t(207) = 4,15$ ;  $p < 0,001$ ;  $d$  Cohen = 0,68 [95%IC = 0,35-1,01]) ou excesso de peso ( $t(207) = 5,39$ ;  $p < 0,001$ ;  $d$  Cohen = 0,97 [95%IC = 0,61-1,34]) em relação aos leitores da vinheta com paciente de peso normal para os cuidados da paciente com sua saúde (Pergunta 6).

Quanto a autoestima (Pergunta 7), julgamento mais negativo foi obtido para leitores das vinhetas de paciente com baixo peso ( $t(208) = 3,07$ ;  $p = 0,007$ ;  $d$  Cohen = 0,50 [95%IC = 0,18-0,83]) e excesso de peso ( $t(208) = 5,02$ ;  $p < 0,001$ ;  $d$  Cohen = 0,90 [95%IC = 0,54-1,27]) em relação aos leitores da vinheta de paciente de peso normal. Resultado similar foi observado entre os leitores da vinheta com paciente com baixo peso ( $t(209) = 4,26$ ;  $p < 0,001$ ;  $d$  Cohen = 0,70 [95%IC = 0,37-1,34]) ou excesso de peso ( $t(209) = 5,44$ ;  $p < 0,001$ ;  $d$  Cohen = 0,97 [95%IC = 0,61-1,34]) em relação aos leitores da vinheta de paciente de peso normal para a qualidade de gerenciamento da paciente com sua saúde (Pergunta 8).

Os leitores da vinheta de paciente com excesso de peso ( $t(209) = 5,46; p < 0,001; d$  Cohen = 0,98 [95%IC = 0,61-1,34]) e baixo peso ( $t(209) = 3,11; p = 0,006; d$  Cohen = 0,51 [95%IC = 0,18-0,83]) apresentaram piores percepções quanto ao nível de satisfação da paciente com o seu corpo (Pergunta 9) em relação aos leitores da vinheta de peso normal, assim como os leitores da vinheta de paciente com excesso de peso ( $t(209) = 2,71; p = 0,02; d$  Cohen = 0,47 [95%IC = 0,13-0,47]) apresentaram piores percepções no que diz respeito ao nível de satisfação da paciente com o seu corpo em relação aos leitores da vinheta de baixo peso.

Por fim, leitores da vinheta de paciente com excesso de peso ( $t(209) = 4,83; p < 0,001; d$  Cohen = 0,87 [95%IC = 0,50-1,23]) e baixo peso ( $t(209) = 4,47; p < 0,001; d$  Cohen = 0,73 [95%IC = 0,40-1,06]) apresentaram piores percepções quanto ao nível de consciência da paciente com o seu quadro de saúde atual (Pergunta 10) em relação aos leitores da vinheta de paciente de peso normal.

## **Discussão**

Profissionais de saúde, mesmo aqueles especializados em tratamento de pacientes com obesidade, são descritos na literatura atual como fontes de estigma do peso<sup>8,18</sup>. Porém, pouco se sabe sobre a presença de estigma de peso em estudantes matriculados em cursos da área de saúde. Os resultados do presente estudo identificaram a presença de estigma de peso em 39,44% dos estudantes da área de saúde. De modo geral o estigma de peso foi maior em homens, pessoas classificadas com peso normal e estudantes de Fisioterapia. Abordagem experimental por meio de vinhetas demonstrou atitudes mais negativas em participantes expostos às vinhetas de paciente com excesso de peso e baixo peso em relação aos participantes expostos à vinheta de paciente de peso normal. Foram observadas atitudes mais negativas em relação ao estado de saúde geral, qualidade dos hábitos alimentares, nível de atividade física, qualidade de vida geral, quão bem o paciente cuida de si, nível de autoestima, gerenciamento da saúde, nível de satisfação com o corpo e nível de consciência com o quadro de saúde atual.

A prevalência de estigma de peso observada na presente pesquisa é inferior a encontrada em estudo de base populacional com jovens adultos, que identificou estigma de peso em 57% dos investigados<sup>6</sup>. No entanto, a taxa de prevalência de estigma de peso apresenta variações entre estudos, sendo observada pesquisa na qual a prevalência é de 7%<sup>41</sup>. Estima-se que a prevalência de estigma de peso varia entre diferentes culturas e países<sup>13</sup>. Ademais, é preciso considerar os métodos de avaliação de estigma de peso, pois o uso de



diferentes instrumentos limita a comparação entre estudos, visto que a estudos que avaliam a propensão a atitudes estigmatizantes e outros que avaliam o relato de experiências estigmatizantes<sup>6,33,41</sup>.

Foram observados maiores escores totais da *Antifat Attitudes Scale* e para a subescala *Controle do peso e culpa* em homens quanto comparados às mulheres. Estudo multinacional encontrou resultados semelhantes<sup>13</sup>. Em cada nação avaliada as atribuições de causas comportamentais da obesidade previram um estigma de peso mais forte, assim como as crenças de que a obesidade pode ser atribuída à falta de força de vontade e responsabilidade pessoal. Estudos têm observado que o estigma de peso é maior entre os homens quando comparado a mulheres<sup>13,42</sup>. Esses resultados podem ser explicados pela maior vulnerabilidade das mulheres ao julgamento da sociedade com base em sua aparência física<sup>13</sup>. Mulheres se mostram mais sensíveis a possíveis preconceitos e estereótipos relacionados ao peso corporal, e, portanto, apresentam menor estigma de peso<sup>13</sup>.

Em relação aos grupos por classificação do estado nutricional, foi observado maior escore de estigma de peso para pessoas com peso normal em relação a pessoas com excesso de peso, bem como escores mais elevados na subescala *Controle do peso e culpa* da *Antifat Attitudes Scale* em indivíduos com peso normal em comparações a participantes classificados com baixo peso e excesso de peso. Schwartz *et al.*<sup>42</sup> examinou a influência do próprio peso corporal sobre o estigma de peso em jovens adultos e identificou que pessoas com peso normal eram mais propensas a associar automaticamente atributos negativos a pessoas com excesso de peso, assim como classificar pessoas com excesso de peso como mais preguiçosas e menos motivadas do que pessoas magras<sup>42</sup>.

Quando comparados os cursos da área de saúde observou-se que estudantes de Fisioterapia apresentaram maiores escores na subescala de *Depreciação social e do caráter* da *Antifat Attitudes Scale* em comparação aos estudantes de Educação Física e Nutrição. Estudos realizados com estudantes da área da saúde sobre estigma de peso são escassos na literatura atual, sendo ainda mais escassos estudos que realizaram a comparação entre diferentes cursos da área da saúde o que dificulta a discussão dos resultados aqui obtidos com a literatura atual sobre estigma de peso. É possível que características inerentes aos estudantes do curso de Fisioterapia, ou crenças estigmatizantes presentes nesta formação expliquem melhor os resultados obtidos. Desse modo, sugere-se que estudos futuros explorem os motivos pelos quais estudantes de determinados cursos possuem maior estigma de peso.

Estudos realizados com profissionais de saúde e a população em geral apontam a presença de atitudes contrárias a indivíduos percebidos com excesso de peso, como

preconceito, estereótipos e até mesmo discriminação<sup>5,6,7,8,42</sup>. Nosso estudo corrobora com esses apontamentos visto que os participantes expostos à vinheta de excesso de peso julgaram a saúde do paciente como pior do que aqueles participantes expostos à vinheta do paciente com peso normal. Além de apresentarem crenças como acreditar que pessoas com excesso de peso são infelizes com seu corpo, possuem hábitos alimentares ruins e baixa autoestima<sup>5,8</sup>.

Curiosamente participantes expostos à vinheta do paciente de baixo peso também revelaram atitudes mais negativas em relação à paciente em comparação a participantes expostos à vinheta de paciente com peso normal. Deste modo, percebe-se que o estigma de peso não se destina somente àqueles indivíduos com excesso de peso<sup>43</sup>, apesar de a literatura disponível demonstrar que estes são vítimas recorrentes de discriminação e preconceito com base no peso corporal.

Embora nosso estudo contribua para o fomento do conhecimento sobre o estigma de peso e efeito do peso corporal no estigma de universitários da área da saúde, o mesmo apresenta algumas limitações. Em primeiro lugar, o estudo foi realizado com estudantes de saúde de uma única instituição do Brasil, o que não permite generalização dos dados. Por se tratar de estudo experimental do tipo vinheta, e não de uma pesquisa epidemiológica, cálculo amostral foi realizado para estimar o número de participantes necessários de modo a identificar possíveis diferenças entre grupos quanto ao estigma de peso. Desse modo, sugere-se que estudos futuros sejam realizados em diferentes estados brasileiros a fim de replicar os resultados obtidos, bem como a realização de estudos epidemiológicos sobre a prevalência de estigma de peso em estudantes da área de saúde.

Em segundo lugar, é preciso reconhecer a limitação do uso de escalas de autorrelato para avaliação do estigma de peso. Instrumentos de autorrelato são passíveis de viés de desejabilidade social. Para minimizar esse viés foram adotados cuidados como a não identificação dos participantes, bem como a aplicação dos dados de modo virtual. Instrumentos de autorrelato são utilizados em inúmeras pesquisas sobre o estigma de peso, sendo amplamente aceitos na literatura<sup>13,39,40</sup>.

Por fim, a presença de estigma de peso durante a graduação não significa que quando formados essas pessoas terão atitudes estigmatizantes em relação a pessoas com excesso de peso ou baixo peso<sup>39</sup>. Contudo, a literatura atual aponta que essas atitudes estigmatizantes podem se delongar durante a atuação profissional visto que profissionais de saúde, mesmo os especializados em obesidade, são importantes fontes de estigma do peso<sup>8,16,18</sup>.

## Conclusões

Existe estigma de peso entre os estudantes de graduação na área da saúde. Homens, indivíduos com peso normal e estudantes de Fisioterapia apresentam maior estigma de peso. Participantes expostos às vinhetas de paciente com baixo peso e excesso de peso apresentaram atitudes mais estigmatizantes em relação a paciente do que participantes expostos à vinheta de paciente com peso normal. Visto que o peso corporal influencia as percepções e avaliações sobre o estado de saúde, nível de atividade física, hábitos alimentares, qualidade de vida, satisfação com corpo, autoestima e outras características da paciente descrita na vinheta, é recomendável que a temática do preconceito, estigma e discriminação em relação ao peso seja incluída nos cursos de graduação da área da saúde.

## Referências

1. Di Angelantonio, Emanuele et al. Body-mass index and all-cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. *The Lancet* 2016; 388(10046):76-786.
2. Chooi YC, Ding C, Magkos F. The epidemiology of obesity. *Metabolism* 2019;92(3):6-10.
3. Albuquerque FLS, de Sousa AEM, Agostinho CNLF, Gonçalves JRS, Pimentel MIC, da Silva VT, et al. Obesidade abdominal como fator de risco para doenças cardiovasculares [Abdominal obesity as a risk factor for cardiovascular diseases]. *Braz J Health Rev* 2020;3(5):14529-36.
4. Emmer C, Bosnjak M, Mata J. The association between weight stigma and mental health: A meta-analysis. *Obes Rev* 2020;21(1):e12935.
5. Tarozi M, Pessa RP. Impacto das consequências psicossociais do estigma do peso no tratamento da obesidade: uma revisão integrativa da literatura [Impact of psychosocial consequences of weight stigma in the treatment of obesity: an integrative literature review]. *Psicol: Ciência Profissão* 2020;40:e190910.
6. Prunty A, Clark MK, Hahn A, Edmonds S, O'Shea A. Enacted weight stigma and weight self stigma prevalence among 3821 adults. *Obes Res Clin Pract* 2020;14(5):421-7.
7. Rubino F, Puhl RM, Cummings DE, Eckel RH, Ryan DH, Mechanick JI, et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nat Med* 2020;26:485-97.
8. Sabin JA, Marini M, Nosek BA. Implicit and explicit anti-fat bias among a large sample of medical doctors by BMI, race/ethnicity and gender. *PloS One* 2012;7(11):e48448.

9. Tomiyama AJ. Weight stigma is stressful. A review of evidence for the Cyclic Obesity/Weight-Based Stigma model. *Appetite* 2014;82:8-15.
10. Macpherson-Sánchez AE. Integrating fundamental concepts of obesity and eating disorders: implications for the obesity epidemic. *Am J Public Health* 2015;105(4):e71-85.
11. Mattos RS, Luz MT. Sobrevivendo ao estigma da gordura: um estudo socioantropológico sobre obesidade [Surviving to the stigma of fat: a socio-anthropological study on obesity]. *Physis: Rev Saúde Coletiva* 2009;19:489-507.
12. Chou W-YS, Prestin A, Kunath S. Obesity in social media: a mixed methods analysis. *Transl Behav Med* 2014;4(3):314-23.
13. Puhl RM, Latner JD, O'Brien K, Luedicke J, Danielsdottir S, Forhan M. A multinational examination of weight bias: predictors of anti-fat attitudes across four countries. *Int J Obes* 2015;39(7):1166-73.
14. Major B, Rathbone JA, Blodorn A, Hunger JM. The countervailing effects of weight stigma on weight-loss motivation and perceived capacity for weight control. *Pers Soc Psychol Bull* 2020;46(9):1331-43.
15. Phelan SM, Burgess DJ, Yeazel MW, Hellerstedt WL, Griffin JM, van Ryn M. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obes Rev* 2015;16(4):319-26.
16. Puhl RM, Phelan SM, Nadglowski J, Kyle TK. Overcoming weight bias in the management of patients with diabetes and obesity. *Clin Diabetes* 2016;34(1):44-50.
17. Zwickert K, Rieger E. Stigmatizing attitudes towards individuals with anorexia nervosa: an investigation of attribution theory. *J Eat Disord* 2013;1(1):5.
18. Raves DM, Brewis A, Trainer S, Han S-Y, Wutich A. Bariatric surgery patients' perceptions of weight-related stigma in healthcare settings impair post-surgery dietary adherence. *Frontiers Psychol* 2016;7(1):e1497.
19. Forman-Hoffman V, Little A, Wahls T. Barriers to obesity management: a pilot study of primary care clinicians. *BMC Fam Pract* 2006;7(1):1-11.
20. Gudzone KA, Beach MC, Roter DL, Cooper LA. Physicians build less rapport with obese patients. *Obesity* 2013;21(10):2146-52.
21. Cade J, O'Connell S. Management of weight problems and obesity: knowledge, attitudes and current practice of general practitioners. *Br J Gen Pract* 1991;41(345):147-50.
22. Skelton JA, Fossen CV, Harry O, Pratt KJ. Family dynamics and pediatric weight management: putting the family into family-based treatment. *Curr Obes Rep* 2020;5(9):1-18.

23. Rathbone JA, Cruwys T, Jetten J, Barlow FK. When stigma is the norm: How weight and social norms influence the healthcare we receive. *J Appl Soc Psychol* 2020;1(3):1-17.
24. Sansone RA, McDonald S, Wiederman MW, Ferreira K. Gastric bypass surgery: a survey of primary care physicians. *Eat Disord* 2007;15(2):145-52.
25. Panza GA, Armstrong LE, Taylor BA, Puhl RM, Livingston J, Pescatello LS. Weight bias among exercise and nutrition professionals: a systematic review. *Obes Rev* 2018;19(11):1492-503.
26. Pickett AC, Cunningham GB. Physical activity for every body: A model for managing weight stigma and creating body-inclusive spaces. *Quest* 2017;69(1):19-36.
27. Thiel A, John JM, Carl J, Thedinga HK. Weight stigma experiences and physical (in) activity: A biographical analysis. *Obes Facts* 2020;13(3):386-402.
28. Cavaleri R, Short T, Karunaratne S, Chipchase LS. Weight stigmatisation in physiotherapy: a systematic review. *Phys Ther Rev* 2016;21(1):1-9.
29. Setchell J, Gard M, Jones L, Watson BM. Addressing weight stigma in physiotherapy: Development of a theory-driven approach to (re) thinking weight-related interactions. *Physiother Theory Pract* 2017;33(8):597-610.
30. Setchell J, Watson B, Jones L, Gard M. Weight stigma in physiotherapy practice: patient perceptions of interactions with physiotherapists. *Man Ther* 2015;20(6):835-41.
31. Steiner PM, Atzmüller C, Su D. Designing valid and reliable vignette experiments for survey research: A case study on the fair gender income gap. *J Methods Meas Soc Sci* 2016;7(2):52-94.
32. Thomas JR, Nelson JK, Silverman SJ. Métodos de pesquisa em atividade física. 6a ed. Porto Alegre: Artmed; 2012.
33. Obara AA, Alvarenga MS. Adaptação transcultural da Escala de Atitudes Antiobesidade para o português do Brasil [Transcultural adaptation of the Antifat Attitudes Test to Brazilian Portuguese]. *Cien Saude Colet* 2018;23:1507-20.
34. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020 [Brazilian Guidelines on Hypertension – 2020]. *Arq Bras Cardiol* 2020;116(3):516-658.
35. Xavier HT, Izar MC, Faria Neto JR, Assad MH, Rocha VZ, Sposito AC, et al. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da aterosclerose [V Brazilian Guideline on Dyslipidemia and Prevention of Atherosclerosis]. *Arq Bras Cardiol* 2013;101(4):1-22.
36. American Diabetes Association. Screening for diabetes. *Diabetes Care* 2002;25(1):21-4.

37. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira [Dietary Guidelines for the Brazilian population]. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
38. World Health Organization. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour: at a glance. Geneva: World Health Organization; 2020.
39. Obara AA, Vivolo SRGF, Alvarenga MS. Preconceito relacionado ao peso na conduta nutricional: um estudo com estudantes de nutrição [Weight bias in nutritional practice: a study with nutrition students]. *Cad Saude Publica* 2018;34:e00088017.
40. Obara AA. Atitudes de estudantes universitários de nutrição em relação aos indivíduos obesos e à obesidade [dissertation]. Universidade de São Paulo; 2015.
41. Sikorski C, Spahlholz J, Hartlev M, Riedel-Heller SG. Weight-based discrimination: an ubiquitous phenomenon?. *Int J Obes* 2016;40(2):333-7.
42. Schwartz MB, Vartanian LR, Nosek BA, Brownell KD. The influence of one's own body weight on implicit and explicit anti-fat bias. *Obesity* 2006;14(3):440-7.

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa **Prevalência de estigma de peso e efeito do peso corporal no estigma de universitários da área da saúde**. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é a necessidade de investigarmos a existência de estigma de peso em jovens estudantes universitários. O estigma de peso se refere a preconceito e discriminação em relação ao peso corporal que engloba atitudes, sentimentos, estereótipos, atributos, crenças e comportamentos contrários a indivíduos percebidos com excesso de peso. **Profissionais de saúde são descritos como fonte recorrente de estigma de peso, porém, pouco se sabe sobre a existência de estigma de peso em jovens estudantes universitários da área de saúde. Nesta pesquisa pretendemos avaliar a prevalência de estigma de peso e efeito do peso corporal no estigma de universitários da área da saúde.**

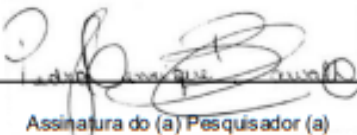
Caso você concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades com você: **aplicação de questionários online (na internet), nos quais você deve ler atentamente e responder conforme o que for perguntado. Se concordar você participará um único momento, respondendo a um questionário sobre questões sociodemográficas, outro que avalia o estigma de peso e depois vai ser convidado a ler um breve texto. Após ler o texto deve responder a um conjunto de perguntas sobre ele. Esta pesquisa tem alguns riscos, que são: a possibilidade de constrangimento ao responder os questionários, cansaço ou aborrecimento ao responder às perguntas e quebra de sigilo e anonimato. Mas, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, e caso venha a acontecer algum evento durante os procedimentos, como constrangimento ao responder alguma pergunta, os pesquisadores estarão disponíveis para contato e serão responsáveis por todos os procedimentos necessários. Em relação ao cansaço ao responder às perguntas foram selecionados instrumentos curtos, de resposta simples e objetiva. O texto de leitura também é breve. Ainda assim, as questões do formulário online não exigem respostas a todas as perguntas. Se você desejar poderá deixar itens em branco ou simplesmente finalizar o protocolo sem completá-lo. Para os riscos de identificação não será solicitado seu e-mail, nome ou qualquer informação detalhada, senão seu curso de graduação, de modo a minimizar esse risco. Os dados serão automaticamente compilados pelo formulário online. Todas as respostas ficarão em sigilo com os pesquisadores e nenhum dado individual será publicitado. A pesquisa pode ajudar no avanço de estudos na área do estigma de peso, levando em consideração o público adulto jovem, permitirá elucidar a criação de estratégias educacionais que abordem o que é o estigma de peso, como se perpetua, as formas sutis que se manifestam e o efeito que tem em pessoas com baixo peso e excesso de peso, podendo resultar em um tratamento mais humanizado, abrangente e eficaz na área de saúde.**

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causa das atividades que fizemos com você nesta pesquisa, você tem direito a buscar indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a). O pesquisador não vai divulgar seu nome. 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. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se disponível para você baixar em seu computador. Uma via do termo será arquivada pelo pesquisador responsável. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. 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.

Ao clicar na opção abaixo, você declara que leu e compreendeu as informações acima e que concorda em participar da pesquisa. Se você não quiser participar, basta fechar essa página.

Juiz de Fora, 31 de maio de 2021.



Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome do Pesquisador Responsável: Pedro Henrique Berbert de Carvalho  
 Campus Universitário da UFJF – Rua São Paulo, nº 745, Centro – Governador Valadares (MG).  
 Faculdade/Departamento/Instituto: Departamento de Educação Física / Instituto de Ciência da Vida / UFJF - campus Governador Valadares  
 CEP: 35090-190  
 Fone: 33 3301-1000 (ramal 1555) / 33 99114-3073  
 E-mail: [pedro.berbert@ufjf.edu.br](mailto:pedro.berbert@ufjf.edu.br)

**APÊNDICE B – CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS**

1. Curso:

Medicina  Fisioterapia  Farmácia

Educação Física  Odontologia  Nutrição

2. Ano de Ingresso: \_\_\_\_\_ (exemplo, 1/2019 ou 2/2019).

3. Sexo:  Masculino  Feminino

4. Idade: \_\_\_\_\_ anos (exemplo: 19).

5. Qual seu peso corporal atual (informe ao menos um valor aproximado)?:

Resposta: \_\_\_\_\_ kg (exemplo, 85).

6. Qual sua altura atual (informe ao menos um valor aproximado)?:

Resposta: \_\_\_\_\_ m (exemplo, 1,71)



## **APÊNDICE C – VINHETAS DE TRÊS PERFIS HIPOTÉTICOS**

### **Vinheta A**

Maria de 28 anos foi ao local no qual você é estagiário, a procura de atendimentos básicos de saúde para consulta rotineira, após uma pequena avaliação constatou-se que ela tem 1,65 metros de estatura, 45 kg de massa corporal e índice de massa corporal de 16,5 kg/m<sup>2</sup>, considerado baixo peso dentro da classificação do índice de massa corporal.

Os exames bioquímicos de Maria apresentaram valores adequados, a saber: Colesterol total: 148 mg/dL; HDL: 50 mg/dL; LDL: 80 mg/dL; Glicemia em jejum: 95 mg/dL. Após aferir a pressão arterial constatou-se valor dentro da normalidade para mulheres de sua faixa etária, correspondendo a: pressão arterial sistólica de 116 mmHg e pressão arterial diastólica de 76 mmHg.

Ao conversar sobre sua rotina diária Maria relatou que possui bons hábitos. Costuma dormir cerca de 7 a 8 horas diárias de sono noturno, se exercita regularmente em uma frequência de 5 vezes por semanas, durante 50 minutos a cada sessão. Em relação aos hábitos alimentares, Maria relatou uma ingestão calórica adequada para os parâmetros esperados para sua constituição física, condizentes com seu gasto energético total (GET). Após seu relato é perceptível o consumo de quantidades adequadas de proteína, lipídios e carboidratos. Maria opta por alimentos naturais, evitando industrializado e consumindo porções de frutas, legumes e vegetais. Por fim Maria relatou estar contente com os seus hábitos de vida e seu corpo no geral.

### **Vinheta B**

Maria de 28 anos foi ao local no qual você é estagiário, a procura de atendimentos básicos de saúde para consulta rotineira, após uma pequena avaliação constatou-se que ela tem 1,65 metros de estatura, 60 kg de massa corporal e índice de massa corporal de 22 kg/m<sup>2</sup>, considerado peso normal dentro da classificação do índice de massa corporal.

Os exames bioquímicos de Maria apresentaram valores adequados, a saber: Colesterol total: 148 mg/dL; HDL: 50 mg/dL; LDL: 80 mg/dL; Glicemia em jejum: 95 mg/dL. Após aferir a pressão arterial constatou-se valor dentro da normalidade para mulheres de sua faixa etária, correspondendo a: pressão arterial sistólica de 116 mmHg e pressão arterial diastólica de 76 mmHg.

## APÊNDICE C – VINHETAS DE TRÊS PERFIS HIPOTÉTICOS (continua)

Ao conversar sobre sua rotina diária Maria relatou que possui bons hábitos. Costuma dormir cerca de 7 a 8 horas diárias de sono noturno, se exercita regularmente em uma frequência de 5 vezes por semanas, durante 50 minutos a cada sessão. Em relação aos hábitos alimentares, Maria relatou uma ingestão calórica adequada para os parâmetros esperados para sua constituição física, condizentes com seu gasto energético total (GET). Após seu relato é perceptível o consumo de quantidades adequadas de proteína, lipídios e carboidratos. Maria opta por alimentos naturais, evitando industrializado e consumindo porções de frutas, legumes e vegetais. Por fim Maria relatou estar contente com os seus hábitos de vida e seu corpo no geral.

### Vinheta C

Maria de 28 anos foi ao local no qual você é estagiário, a procura de atendimentos básicos de saúde para consulta rotineira, após uma pequena avaliação constatou-se que ela tem 1,65 metros de estatura, 75 kg de massa corporal e índice de massa corporal de 27,5 kg/m<sup>2</sup>, considerado excesso de peso dentro da classificação do índice de massa corporal.

Os exames bioquímicos de Maria apresentaram valores adequados, a saber: Colesterol total: 148 mg/dL; HDL: 50 mg/dL; LDL: 80 mg/dL; Glicemia em jejum: 95 mg/dL. Após aferir a pressão arterial constatou-se valor dentro da normalidade para mulheres de sua faixa etária, correspondendo a: pressão arterial sistólica de 116 mmHg e pressão arterial diastólica de 76 mmHg.

Ao conversar sobre sua rotina diária Maria relatou que possui bons hábitos. Costuma dormir cerca de 7 a 8 horas diárias de sono noturno, se exercita regularmente em uma frequência de 5 vezes por semanas, durante 50 minutos a cada sessão. Em relação aos hábitos alimentares, Maria relatou uma ingestão calórica adequada para os parâmetros esperados para sua constituição física, condizentes com seu gasto energético total (GET). Após seu relato é perceptível o consumo de quantidades adequadas de proteína, lipídios e carboidratos. Maria opta por alimentos naturais, evitando industrializado e consumindo porções de frutas, legumes e vegetais. Por fim Maria relatou estar contente com os seus hábitos de vida e seu corpo no geral.

**APÊNDICE C – VINHETAS DE TRÊS PERFIS HIPOTÉTICOS (continua)****Questionário a ser respondido após leitura de uma das vinhetas acima:**

Com base no relato anterior, por favor, responda as seguintes questões. Não há uma resposta certa ou errada, o que vale é sua opinião sincera sobre como avalia as questões abaixo. Para cada questão marque apenas uma opção de resposta.

1. Como você classifica o estado de saúde geral de Maria?

Péssimo     Ruim     Regular     Bom     Excelente

2. Como você classifica a quantidade de ingestão energética diária de Maria?

Péssimo     Ruim     Regular     Bom     Excelente

3. Como você classifica os hábitos alimentares de Maria?

Péssimo     Ruim     Regular     Bom     Excelente

4. Como você avalia o nível de atividade física de Maria?

Péssimo     Ruim     Regular     Bom     Excelente

5. Como você avalia a qualidade de vida geral de Maria?

Péssimo     Ruim     Regular     Bom     Excelente

6. Quão bom você acredita ser os cuidados de Maria com sua saúde?

Péssimo     Ruim     Regular     Bom     Excelente

7. Quão boa você acreditar ser a autoestima de Maria?

Péssimo     Ruim     Regular     Bom     Excelente

8. Em sua opinião como Maria gerencia a sua saúde?

Péssimo     Ruim     Regular     Bom     Excelente

9. Em sua opinião qual o nível de satisfação de Maria com o seu corpo?

Péssimo     Ruim     Regular     Bom     Excelente

10. Em sua opinião qual o nível de consciência de Maria com o seu quadro de saúde atual?

Péssimo     Ruim     Regular     Bom     Excelente

**ANEXO A – ESCALA DE AVALIAÇÃO DO ESTIGMA DO PESO  
(ANTIFAT ATTITUDES TEST)**

| Por favor, responda as seguintes questões: |  | Concordo Totalmente | Concordo | Não concordo nem discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|--|--|---------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------|
|  |  |                     |          |                           |          |                     |
| 1  | Não há desculpa para ser gordo.  |                     |          |                           |          |                     |
| 2  | Se eu fosse solteiro (a), eu namoraria uma pessoa gorda.   |                     |          |                           |          |                     |
| 3  | A maioria dos gordos compra muita besteira (“junk food”).  |                     |          |                           |          |                     |
| 4  | Pessoas gordas não são atraentes.  |                     |          |                           |          |                     |
| 5  | Pessoas gordas não deveriam usar em público roupas que mostram demais o corpo.                   |                     |          |                           |          |                     |
| 6  | Se pessoas gordas não são contratadas para um emprego, a culpa é delas mesmas.                   |                     |          |                           |          |                     |
| 7  | Pessoas gordas não se importam com nada além de comer.   |                     |          |                           |          |                     |
| 8  | Eu perderia o respeito por um (a) amigo (a) que começasse a ficar gordo (a).                     |                     |          |                           |          |                     |
| 9  | A maioria das pessoas gordas é chata.  |                     |          |                           |          |                     |
| 10   | Eu não acredito que uma pessoa de peso normal se casaria com uma pessoa gorda.                   |                     |          |                           |          |                     |
| 11   | A sociedade é muito tolerante com as pessoas gordas.   |                     |          |                           |          |                     |
| 12   | Quando pessoas gordas fazem exercício, elas parecem ridículas.                                   |                     |          |                           |          |                     |
| 13   | A maioria das pessoas gordas é preguiçosa.   |                     |          |                           |          |                     |
| 14   | As pessoas gordas são tão competentes no seu trabalho quanto qualquer um.                        |                     |          |                           |          |                     |
| 15   | Se as pessoas gordas realmente quisessem emagrecer, elas conseguiriam.                           |                     |          |                           |          |                     |
| 16   | Ser gordo é pecado.  |                     |          |                           |          |                     |
| 17   | É nojento ver pessoas gordas comendo.  |                     |          |                           |          |                     |
| 18   | Pessoas gordas não têm força de vontade.   |                     |          |                           |          |                     |
| 19   | Eu prefiro não me relacionar com pessoas gordas.   |                     |          |                           |          |                     |
| 20   | A maioria das pessoas gordas é temperamental e difícil de lidar.                                 |                     |          |                           |          |                     |
| 21   | Se coisas ruins acontecem com pessoas gordas, elas merecem.                                      |                     |          |                           |          |                     |
| 22   | A maioria das pessoas gordas não consegue manter as coisas limpas e organizadas.                 |                     |          |                           |          |                     |
| 23   | A sociedade deveria respeitar os direitos das pessoas gordas.                                    |                     |          |                           |          |                     |
| 24   | É difícil não encarar as pessoas gordas porque elas são pouco atraentes.                         |                     |          |                           |          |                     |
| 25   | A ideia que genética causa obesidade é simplesmente uma desculpa.                                |                     |          |                           |          |                     |
| 26   | Eu não continuaria num relacionamento amoroso se meu (minha) parceiro (a) se tornasse gordo (a). |                     |          |                           |          |                     |
| 27   | Eu não entendo como alguém pode se sentir sexualmente atraído por uma pessoa gorda.              |                     |          |                           |          |                     |
| 28   | Se as pessoas gordas soubessem quão ruim é sua aparência, elas emagreceriam.                     |                     |          |                           |          |                     |
| 29   | Pessoas gordas têm tanta coordenação motora quanto qualquer outra.                               |                     |          |                           |          |                     |
| 30   | Pessoas gordas não são higiênicas.   |                     |          |                           |          |                     |
| 31   | Pessoas gordas deveriam ser encorajadas a se aceitarem como são.                                 |                     |          |                           |          |                     |
| 32   | A maioria das pessoas gordas se prende a qualquer desculpa para estar gorda.                     |                     |          |                           |          |                     |
| 33   | É difícil levar uma pessoa gorda a sério.  |                     |          |                           |          |                     |
| 34   | Pessoas gordas não necessariamente comem mais que os outros.                                     |                     |          |                           |          |                     |

## ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Prevalência de estigma de peso e efeito do peso corporal no estigma de universitários da área da saúde

**Pesquisador:** Pedro Henrique Berbert de Carvalho

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 44553121.0.0000.5147

**Instituição Proponente:** Campus Avançado Governador Valadares -UFJF

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.746.480

#### Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa.

"O presente estudo é caracterizado como um estudo transversal, experimental do tipo vinheta (STEINER et al., 2016), descritivo, associativo e comparativo (THOMAS; NELSON; SILVERMAN, 2012). Será realizado com estudantes, maiores de 18 anos, regularmente matriculados em qualquer curso da Área da Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora - campus Governador Valadares (UFJF-GV), MG, Brasil. Tem como objetivo avaliar a prevalência de estigma de peso e o efeito do peso corporal no estigma de universitários da área da saúde. Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF, será agendada reunião virtual com as Coordenações dos cursos de Educação Física, Nutrição, Fisioterapia, Farmácia, Odontologia e Medicina da UFJF-GV. A pesquisa será explicada aos coordenadores de curso e será solicitado apoio dos mesmos para que enviem email convite (em lista oculta) a todos os alunos matriculados nestes cursos, em cópia para o pesquisador responsável. O convite explicita que a participação envolve responder a um conjunto de questionários elaborados para aplicação de modo online (ambiente virtual - Google Forms – plataforma de acesso gratuito ao pesquisador). O protocolo de pesquisa envolve responder de maneira virtual a questionário sociodemográfico, questionário de avaliação de estigma de peso, Antifat Attitudes Test, leitura de uma vinheta, seguido da resposta a um conjunto de afirmativas

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N  
**Bairro:** SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32) 2102-3788 **Fax:** (32) 1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br

## ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP (continua)



Continuação do Parecer: 4.746.480

sobre o paciente reportado na vinheta em relação a seu estado de saúde geral, qualidade dos hábitos alimentares, nível de atividade física, qualidade de vida geral, quão bem o paciente cuida de si, nível de autoestima, gerenciamento da saúde, nível de satisfação com o corpo e nível de consciência como quadro de saúde atual."

### **Objetivo da Pesquisa:**

"Objetivo Primário: Avaliar a prevalência de estigma de peso e efeito do peso corporal no estigma de universitários da área da saúde."

"Objetivo Secundário: Descrever o estigma de peso em jovens universitários da área de saúde. Descrever as crenças de jovens universitários da área de saúde em relação ao estado de saúde geral, qualidade dos hábitos alimentares, nível de atividade física, qualidade de vida geral, quão bem o paciente cuida de si, nível de autoestima, gerenciamento da saúde, nível de satisfação com o corpo e nível de consciência como quadro de saúde atual após exposição à vinheta."

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

"Esta pesquisa tem alguns riscos mínimos, que engloba riscos comuns em pesquisas com aplicação de questionários. Ou seja, riscos de origem psicológica, intelectual ou emocional, como: a possibilidade de constrangimento ao responder os questionários, cansaço ou aborrecimento ao responder às perguntas e quebra de sigilo e anonimato. Mas, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, e caso venha a acontecer algum

evento durante os procedimentos, como constrangimento ao responder alguma pergunta, os pesquisadores serão responsáveis por todos os procedimentos necessários. O pesquisador responsável está habilitado para auxiliar os participantes em caso de desconforto. Será garantido ao participante, em caso de sofrimento de algum dano por causa das atividades realizadas na pesquisa, direito a buscar indenização. Em relação ao cansaço ao responder às perguntas foram selecionados instrumentos curtos, de resposta simples e objetiva. Ainda assim, as questões do formulário online não exigirão respostas a todas as perguntas, podendo o respondente deixar quaisquer itens em branco ou simplesmente finalizar o protocolo sem completá-lo. É garantido ao participante, a qualquer momento, manifestar a desistência se assim o desejar. Isso não mudará a forma como será tratado pelos pesquisadores. Há ainda o risco de identificação do participante. Por essa razão, o email convite será encaminhado pelas coordenações de curso em lista oculta, sem possibilidade dos pesquisadores ou participantes terem acesso aos nomes ou email dos convidados para pesquisa. Aos participantes não será solicitado email, nome ou qualquer informação detalhada, senão o curso de graduação no qual está matriculado. Estes cuidados visam minimizar esse risco. Os dados são automaticamente compilados pelo formulário online. Todas as

**Endereço:** JOSE LOURENÇO KELMER S/N  
**Bairro:** SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br

## ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP (continua)



Continuação do Parecer: 4.746.480

respostas ficarão em sigilo com os pesquisadores e nenhum dado individual será publicitado. Esta pesquisa possui benefícios indiretos como auxiliar no avanço de estudos na área do estigma de peso, levando em consideração o público adulto jovem. A identificação das percepções de universitários, futuros profissionais de saúde, em relação a pacientes com baixo peso, peso normal e excesso de peso é fundamental, visto que estigmatizar indivíduos pelo seu peso é prejudicial à saúde. Futuramente, estratégias podem ser desenhadas a partir dos resultados da presente pesquisa, em busca de uma formação acadêmica para profissionais de saúde em busca da redução

dos estigmas de peso. Ou seja, a presente investigação permitirá elucidar a criação de estratégias educacionais que abordem o que é o estigma de peso, como se perpetua, as formas sutis que se manifestam e o efeito que tem em pacientes com baixo peso e excesso de peso, podendo resultar em um tratamento mais humanizado, abrangente e eficaz na área de saúde. Como consequência, observa-se benefícios indiretos a pessoas com baixo peso e excesso de peso, uma vez que poderão ser abordados por profissionais de saúde conscientes dos riscos do estigma de peso. Assim, o conhecimento a cerca da prevalência de estigma de peso pode subsidiar futuras proposta de intervenção benéfica à prestação de serviços dos profissionais de saúde. Há de se considerar que estudos apontam que profissionais de saúde são descritos como fonte recorrente de estigma de peso e que as abordagens tradicionais no controle da obesidade não

estão funcionando e as taxas de obesidade estão em alta mundialmente.”.

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

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS.

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

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N  
**Bairro:** SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32) 2102-3788 **Fax:** (32) 1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br

## ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP (continua)



Continuação do Parecer: 4.746.480

desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a,b,d,e,f,g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPEs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: julho de 2022.

### Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

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

| Tipo Documento                             | Arquivo                                       | Postagem               | Autor                              | Situação |
|--|---|------------------------|------------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto             | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1717564.pdf | 31/05/2021<br>15:05:02 |                                    | Aceito   |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | Declaracao_concordancia_infraestrutura_2.pdf  | 31/05/2021<br>08:52:42 | Pedro Henrique Berbert de Carvalho | Aceito   |
| Folha de Rosto                             | Folha_de_rosto_2.pdf                          | 31/05/2021<br>08:48:48 | Pedro Henrique Berbert de Carvalho | Aceito   |
| TCLE / Termos de                           | TCLE_revisado2.pdf                            | 29/05/2021             | Pedro Henrique                     | Aceito   |

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N  
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900  
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
 Telefone: (32) 102-3788 Fax: (32) 102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



## ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP (continua)



Continuação do Parecer: 4.746.480

|   |                               |                     |                                    |        |
|---|-------------------------------|---------------------|------------------------------------|--------|
| Assentimento / Justificativa de Ausência  | TCLE_revisado2.pdf            | 10:45:14            | Berbert de Carvalho                | Aceito |
| Outros                                    | ANEXO_Drevisado.pdf           | 25/05/2021 12:25:30 | Pedro Henrique Berbert de Carvalho | Aceito |
| Outros                                    | ANEXO_Crevisado.pdf           | 25/05/2021 12:25:19 | Pedro Henrique Berbert de Carvalho | Aceito |
| Outros                                    | ANEXO_Brevisado.pdf           | 25/05/2021 12:25:08 | Pedro Henrique Berbert de Carvalho | Aceito |
| Outros                                    | ANEXO_Arevisado.pdf           | 25/05/2021 12:24:55 | Pedro Henrique Berbert de Carvalho | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_detalhadorevisado.pdf | 25/05/2021 12:24:38 | Pedro Henrique Berbert de Carvalho | Aceito |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JUIZ DE FORA, 31 de Maio de 2021

Assinado por:  
Jubel Barreto  
(Coordenador(a))

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N  
Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900  
UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
Telefone: (32) 2102-3788 Fax: (32) 1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

## ANEXO C – REGRAS DE SUBMISSÃO À REVISTA CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA

### 1. PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE

- 1.1 – Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/>.
- 1.2 – Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: [csp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:csp-artigos@ensp.fiocruz.br).
- 1.3 – Inicialmente, o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha?".
- 1.4 – Para os novos usuários, após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

### 2. ENVIO DO ARTIGO

- 2.1 – A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos. O autor deve acessar a seção "Submeta seu texto".
- 2.2 – A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas essas normas.
- 2.3 – Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumo e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.
- 2.4 – Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es), respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um e o respectivo número de registro no ORCID (<https://orcid.org/>). Não serão aceitos autores sem registro. O autor que cadastrar o artigo, automaticamente será incluído como autor do artigo e designado autor de correspondência. A ordem dos nomes dos autores deverá ser estabelecida no momento da submissão.
- 2.5 – Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.
- 2.6 – O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1MB.
- 2.7 – O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.
- 2.8 – O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).
- 2.9 – Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".
- 2.10 – Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.
- 2.11 – Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".
- 2.12 – Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial de CSP no endereço: [cadernos@ensp.fiocruz.br](mailto:cadernos@ensp.fiocruz.br) ou [cadernos@fiocruz.br](mailto:cadernos@fiocruz.br).

## ANEXO C – REGRAS DE SUBMISSÃO À REVISTA CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA (continua)

### 3. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO

3.1 - O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

3.2 - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito pelo sistema SAGAS.

### 4. ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO

4.1 - Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

### 5. PROVA DE PRELO

5.1 - A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema (<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>). Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo *site*: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

5.2 - Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o *link* do sistema: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>, utilizando *login* e senha já cadastrados em nosso *site*. Os arquivos estarão disponíveis na aba "Documentos". Seguindo o passo a passo

5.2.1 - Na aba "Documentos", baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica) e Termos e Condições).

5.2.2 - Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica).

5.2.3 - Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração de Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica), o autor de correspondência também deverá assinar o documento de Aprovação da Prova de Prelo e indicar eventuais correções a serem feitas na prova.

5.2.4 - As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba "Autores", pelo autor de correspondência. O *upload* de cada documento deverá ser feito selecionando o autor e a declaração correspondente.

5.2.5 - Informações importantes para o envio de correções na prova:

5.2.5.1 - A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções.

5.2.5.2 - Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF.

5.2.5.3 - As correções deverão ser listadas na aba "Conversas", indicando o número da linha e a correção a ser feita.

5.3 - Após inserir a documentação assinada e as correções, deve-se clicar em "Finalizar" e assim concluir a etapa.

5.4 - As declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas via sistema (<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>) no prazo de 72 horas.

## ANEXO C – REGRAS DE SUBMISSÃO À REVISTA CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA (continua)

### 6. PREPARAÇÃO DO MANUSCRITO

Para a preparação do manuscrito, os autores deverão atentar para as seguintes orientações:

6.1 – O título completo (no idioma original do artigo) deve ser conciso e informativo, e conter, no máximo, 150 caracteres com espaços.

6.2 – O título corrido poderá ter o máximo de 70 caracteres com espaços.

6.3 – As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) da [Biblioteca Virtual em Saúde BVS](#).

6.4 – Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenhas, Cartas, Comentários ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaços. Visando a ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho oferecemos gratuitamente a tradução do Resumo para os idiomas a serem publicados. Não são aceitos equações e caracteres especiais (por exemplo: letras gregas, símbolos) no Resumo.

6.4.1 – Como o Resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração ([Leia mais](#)).

6.5 – Equações e Fórmulas: as equações e fórmulas matemáticas devem ser desenvolvidas diretamente nos editores (Math, Equation, Mathtype ou outros que sejam equivalentes). Não serão aceitas equações e fórmulas em forma de imagem.

6.6 – Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaços.

6.7 – Quadros. Destina-se a apresentar as informações de conteúdo qualitativo, textual do artigo, dispostas em linhas e/ou colunas. Os quadros podem ter até 17cm de largura, com fonte de tamanho 9. Devem ser submetidos em arquivo text: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document TEXT). Cada dado do quadro deve ser inserido em uma célula separadamente, ou seja, não incluir mais de uma informação dentro da mesma célula.

6.8 – Tabelas. Destina-se a apresentar as informações quantitativas do artigo. As tabelas podem ter até 17cm de largura, com fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas. Ou seja, não incluir mais de uma informação dentro da mesma célula.

6.9 – Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: mapas, gráficos, imagens de satélite, fotografias, organogramas, e fluxogramas. As Figuras podem ter até 17cm de largura. O arquivo de cada figura deve ter o tamanho máximo de 10Mb para ser submetido, devem ser desenvolvidas e salvas/exportadas em formato vetorial/editável. As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

## ANEXO C – REGRAS DE SUBMISSÃO À REVISTA CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA (continua)

6.9.1 – Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

6.9.2 – Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

6.9.3 – As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

6.9.4 – Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

6.9.5 – Formato vetorial. O desenho vetorial é originado com base em descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

6.10 – Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

6.11 – CSP permite a publicação de até cinco ilustrações (Figuras e/ou Quadros e/ou Tabelas) por artigo. Ultrapassando esse limite os autores deverão arcar com os custos extras. Figuras compostas são contabilizadas separadamente; cada ilustração é considerada uma figura.