

Crenças e práticas dos profissionais de saúde face à obesidade: uma revisão sistemática

FILIPA VALENTE TEIXEIRA¹, JOSÉ LUIS PAIS-RIBEIRO², ÂNGELA ROSA PINHO DA COSTA MAIA³

¹ Doutoranda em Psicologia, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Portugal

² Doutor em Psicologia, Universidade do Porto, Portugal; Professor Associado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Portugal

³ Doutora em Psicologia da Saúde, Universidade do Minho, Portugal; Professora Auxiliar, Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Portugal

RESUMO

Apesar da implementação de diversas medidas de intervenção, o número de obesos continua alto, fato que motiva interesse sobre o assunto, para que se possa contribuir para atenuar essa situação. Alguns autores têm procurado compreender o papel que os profissionais de saúde, principalmente os relacionados aos cuidados de saúde primários, parecem exercer nesse contexto. No presente artigo, pretendeu-se sintetizar os principais resultados de investigações relativas as crenças, atitudes e práticas de profissionais de saúde, visto que essas parecem influenciar negativamente em suas ações. As palavras *obesity*, *beliefs*, *healthcare professionals*, *general practitioners*, *attitudes*, *practices*, *health physicians* e *family practitioners* foram introduzidas em bases de dados tais como EBSCOHost, ScienceDirect, PsychInfo, PubMed e SciELO. Foram analisados 13 estudos, datados entre 1991 e 2011. Os dados indicam a ausência de conhecimentos e de competências adequados à obesidade, o que parece contribuir para o desenvolvimento de crenças ambivalentes e de atitudes negativas diante dos obesos, descrevendo-os como desmotivados, preguiçosos e com ausência de autocontrole. Esses profissionais consideram que lidar com o problema da obesidade não é fácil, manifestando abertamente baixas expectativas de resultados quanto à perda de peso, e por isso, mal-sucedidos. As práticas demonstradas são inconsistentes, refletindo algum ceticismo quanto à eficácia das intervenções existentes. Torna-se peremptório alertar os profissionais de saúde, quer durante o seu processo de formação, quer durante a sua vida profissional, para o impacto que as crenças relativas à obesidade podem exercer nas suas práticas, as quais poderão comprometer o tratamento adequado e eficaz dos indivíduos obesos.

Unitermos: Conhecimentos; atitudes e prática em saúde; obesidade; medicina geral.

©2012 Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

SUMMARY

Beliefs and practices of healthcare providers regarding obesity: a systematic review

Despite the implementation of various intervention measures, the number of obese individuals remain high; thus, it is important to consider what is contributing to this scenario. Authors have been striving to understand the role healthcare providers, especially in primary healthcare, seem to play in this context. The present review aims to synthesize the main investigation results regarding beliefs, attitudes, and practices of healthcare providers, as they seem to negatively influence the practitioner's actions. The words "obesity", "beliefs", "healthcare professionals", "general practitioners", "attitudes", "practices", "health physicians", and "family practitioners" were entered into databases, such as EBSCOHost, ScienceDirect, PsychInfo, PubMed, and SciELO. Thirteen studies from 1991 to 2011 were reviewed. The data indicate a lack of appropriate understanding and adequate competence regarding obesity, which likely contributes to ambivalent belief development and negative attitudes toward obese individuals, who are described as unmotivated, lazy, and lacking self-control. These professionals consider it hard to deal with obesity, manifesting low expectations of success regarding weight loss, thus considering themselves unsuccessful. Their practices are inconsistent, mirroring a certain skepticism towards the efficacy of available interventions. Either during graduation or as active practitioners, it is imperative to make healthcare providers aware of the impact their beliefs regarding obesity can exert on their practices, as these may impair appropriate and effective treatment delivery to obese individuals.

Keywords: Knowledge; attitudes and practices in healthcare; obesity; general practitioners.

©2012 Elsevier Editora Ltda. All rights reserved.

Trabalho realizado na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal

Artigo recebido: 20/07/2011
Aceito para publicação: 19/12/2011

Correspondência para:
Filipa Valente Teixeira
Rua Alfredo Allen, 4200-135
Porto, Portugal
filipa.v.teixeira@gmail.com

Conflito de interesse: Não há.

INTRODUÇÃO

A obesidade, considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS)¹ uma das epidemias do século XXI, é uma doença crônica cuja prevalência tem aumentado de forma dramática. Nas projeções efetuadas, em 2008, pela OMS², cerca de 1,5 bilhões de adultos acima dos 20 anos de idade possui excesso de peso, sendo que cerca de 200 milhões de homens e 300 milhões de mulheres são obesos. Segundo a mesma fonte, espera-se que no ano de 2015 esse número suba para os 2,3 bilhões de adultos com excesso de peso e 700 milhões de obesos.

Olhando mais aprofundadamente para esse cenário, nos EUA a prevalência de obesidade aumentou significativamente nos últimos 30 anos, subindo de 15% em 1980 para 33% em 2004, em adultos dos 20 aos 74 anos, registrando-se taxas de obesidade mais elevadas em mulheres que em homens³. Todavia, o relatório da OMS, relativo a 2008, aponta um aumento acentuado das taxas de excesso de peso e obesidade para esse país, estimando que cerca de 70% da população americana apresentará problemas de peso, o que coloca os EUA no topo da lista dos países com índices mais elevados de excesso de peso e obesidade⁴.

Os dados relativos ao panorama brasileiro são escassos e pouco coerentes. No entanto, segundo um inquérito nacional realizado em 1989, cerca de 27 milhões de adultos, representando 32% da população, apresentavam problemas de excesso de peso. Desses, cerca de 11 milhões eram homens e 16 milhões eram mulheres, correspondendo a 27% e 38% da população masculina e feminina, respectivamente. Ainda segundo o mesmo estudo, cerca de 6,8 milhões de adultos eram obesos, totalizando 8% da população total⁵. Dados mais recentes apresentados pela OMS indicam que 52,8% da população brasileira com mais de 20 anos de idade tem excesso de peso, sendo a sua prevalência mais elevada entre homens que se encontram numa faixa etária entre os 48 e 56 anos⁴.

Na Europa verifica-se, igualmente, um aumento significativo do número de pessoas obesas em quase todos os países. De uma forma geral, segundo o relatório da OMS, em 2008 a prevalência de excesso de peso rondava os 54,8%, sendo mais elevada no grupo dos homens do que no grupo das mulheres, na faixa dos 53 aos 56 anos. No que concerne à obesidade, a mesma fonte indica que cerca de 21,9% dos europeus com idades compreendidas entre 20 e 23 anos são obesos, sendo as mulheres mais afetadas que os homens⁴. Portugal não é exceção no quadro epidemiológico da obesidade: em 2003/2005, segundo os dados de um estudo realizado por Carmos *et al.*⁶, 53,6% da população portuguesa entre os 18 e os 64 anos de idade tem problemas de peso. Dos 8.116 participantes, 39,46% apresentavam excesso de peso e 14,2% eram obesos, registrando-se uma maior prevalência nos homens (60,2%) do que nas mulheres (47,8%), sendo os grupos etários mais afetados os dos 50-59 anos e dos 60-64 anos.

Perante o elevado número de obesos registrado, assiste-se ao desenvolvimento de medidas de prevenção primária, secundária e terciária no sentido de travar a epidemia¹⁷. Tais medidas, entre outros aspectos, têm dado especial ênfase ao papel que os profissionais de saúde, principalmente aqueles ligados aos cuidados de saúde primários, podem desempenhar enquanto promotores de mudanças comportamentais em áreas de risco, como é o caso da obesidade. Todavia, os poucos estudos efetuados no sentido de avaliar a eficácia do trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde nesse contexto têm revelado resultados bastantes negativos, o que suscita um profundo interesse em alguns investigadores em entender o que contribui para esses fracassos^{8,9}. Apesar de existirem várias justificativas, como a falta de compromisso dos obesos, o tempo das consultas, a existência de incentivos políticos concentrados em outras doenças etc.⁷, alguns investigadores^{7,9-11} indicam os médicos de clínica geral e familiar como os possíveis responsáveis pelos resultados insatisfatórios, uma vez que eles não parecem estar comprometidos como deveriam diante do problema. Ao manifestarem atitudes negativas em relação aos obesos, estes profissionais mostram-se desmotivados para abordar o assunto da obesidade e céticos quanto à eficácia dos tratamentos dessa doença, para a qual, por fim, não efetuam diagnósticos adequados nem encaminham os pacientes aos serviços especializados, contribuindo para a manutenção e exacerbação dos casos de obesidade^{10,11}.

Segundo Budd, Marioti, Graff e Falkenstein¹² a situação pode ser reduzida por meio da eliminação do enviesamento das crenças dos profissionais de saúde, sugerindo que o primeiro passo seria a caracterização e compreensão das crenças, atitudes e práticas dos profissionais de saúde frente à obesidade.

O objetivo desta revisão é sintetizar os principais resultados dos estudos realizados no âmbito das crenças, atitudes e práticas dos profissionais de saúde diante da obesidade, para melhor compreender essa realidade. Adotou-se, para o efeito, a definição de crenças apresentada por Fishbein e Ajzen¹³, a qual considera o que diz respeito aos julgamentos subjetivos que o indivíduo realiza frente a uma ideia ou objeto específico, estabelecendo uma relação entre a compreensão que o indivíduo faz de si próprio e do mundo que o rodeia. São, portanto, proposições que uma pessoa sustenta sobre algo e que fielmente acredita ser verdade e, por isso, detentoras de uma veracidade relativa (afastando-se do conceito de conhecimento, o qual possui um caráter objetivo), na medida em que resultam de processos psicológicos sujeitos ao funcionamento cognitivo. Dessa forma, em teoria, são afastadas do conceito de atitude, a qual pertence a um domínio mais afetivo¹⁴.

Por fim, com este texto, pretendemos também chamar a atenção para a importância do problema da obesidade

e alertar os profissionais de saúde para essa realidade, promovendo um processo de autoconscientização das suas próprias crenças e atitudes durante a prestação de cuidados aos obesos e para a forma como influenciam as práticas desenvolvidas.

MÉTODOS

As palavras-chave introduzidas nas bases de dados EBSCOHost, ScienceDirect, PsychInfo, PubMed e SciELO foram as seguintes: *obesity, beliefs, healthcare professionals, general practitioners, attitudes, practices, health physicians e family practitioners*. Os critérios de inclusão foram: a) textos escritos em inglês, português e espanhol, entre 1991 e 2011; b) relacionados apenas com obesidade nos adultos; c) que abordassem diretamente o tema das crenças, conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais de saúde; d) que demonstrassem evidência empírica; e e) incluíssem na sua amostra apenas médicos de clínica geral e familiar. As referências indicadas nos textos que foram surgindo serviram também para a realização de novas pesquisas, e a opção “*related articles/citations*” foi utilizada sempre que era disponibilizada. Dessa forma, de um total de 40 estudos inicialmente encontrados, apenas 13 preenchem os critérios definidos, tendo sido analisados para a presente revisão. Excluíram-se, assim, estudos relativos a outros profissionais de saúde que não médicos de clínica geral e familiar, artigos de revisão sistemática ou de revisão da literatura, investigações cujo foco se prendia às crenças e percepções dos obesos sobre as práticas dos seus médicos e estudos que abordassem a obesidade infantil.

RESULTADOS

Primeiramente, interessa salientar que não foram identificados estudos escritos em português (quer em Portugal, quer no Brasil) e que foi encontrado apenas um estudo escrito na língua espanhola. Todavia, ele não se enquadrava nos critérios definidos, de modo que foi preciso restringir os métodos de busca a estudos publicados na língua inglesa.

Foram identificados estudos empíricos sobre crenças, atitudes e práticas de profissionais de clínica geral e familiar, os quais foram contatados através de associações/ordens médicas (4), centros de cuidados de saúde primários (4), centros universitários de medicina familiar (2) e hospitais (2). Houve ainda um outro estudo considerado para análise, mas ele não possuía indicações relativamente à forma de acesso à amostra. Em três investigações, além de médicos de medicina geral e familiar, os autores englobaram também na sua amostra médicos internistas. Todavia, uma vez que esse grupo surgia sempre com tamanhos muito reduzidos, eles também foram considerados para análise. Oito das investigações identificadas ocorreram nos EUA, quatro no Reino Unido e uma em

Israel. A maioria dos estudos foi publicada entre 2001 e 2010; registrou-se apenas um estudo publicado nos anos 1990. Dois estudos optaram pelo método qualitativo, realizando entrevistas individuais ou em grupos focais, cujos dados foram analisados recorrendo, respectivamente, à análise fenomenológica¹⁰ e à *grounded analysis*¹⁵. Onze estudos recorreram ao método quantitativo, dando preferência ao uso de questionários. No entanto, três dessas investigações efetuaram, primeiramente, entrevistas a grupos focais como base para a construção e validação do questionário utilizado^{11,16,17}, e outras três apresentaram, juntamente com o questionário, diferentes casos clínicos que serviram de orientação para as respostas dadas¹⁸⁻²⁰. Vale ressaltar que apenas quatro estudos mencionam a realização de estudo piloto para a validação do questionário construído, e que somente o estudo de Ogden e Flanagan⁹ fornece algumas informações quanto às características psicométricas dos itens utilizados. Os questionários foram, em sua maioria, enviados por e-mail, outros aplicados pessoalmente ou ainda enviados por correio, variando a taxa de resposta entre 24,4% e 82%. As respostas poderiam ser dadas sob a forma de escalas de Lickert de 5 ou 9 pontos ou pela opção de uma alternativa entre um conjunto de respostas possíveis.

Algumas características e os principais resultados dos diferentes estudos estão sintetizados na Tabela 1. Esses resultados sugerem a existência de domínios comuns, os quais serão seguidamente discutidos.

CONHECIMENTOS E FORMAÇÃO

Um número alargado de estudos procurou avaliar os conhecimentos dos profissionais de saúde acerca do excesso de peso e obesidade em termos de causas, consequências e soluções para esse fenômeno, investigando as contribuições da formação acadêmica e quais as percepções de competência para lidar com o problema. O estudo de Forman-Hoffman¹⁷ indica que 85,5% dos pesquisados considera a obesidade uma doença, o que contribui para uma maior probabilidade de efetuarem aconselhamento nessa área. Os mesmos dados foram verificados no estudo de Foster *et. al.*²¹, o qual indicou que a maioria dos sujeitos considera a obesidade uma doença crônica com graves comorbidades associadas.

Em relação às causas, verifica-se que fatores comportamentais tais como falta de exercício físico, maus hábitos alimentares, comer em excesso, ingestão de alimentos hipercalóricos e fatores psicológicos, como por exemplo a presença de estratégias de coping inadequadas, com recurso à comida para resolução de problemas, são os mais fortemente indicados pelos médicos como principais causas da obesidade²¹⁻²³. Diabetes, hipertensão, dores musculoesqueléticas, dificuldades em fazer novas amizades, em conseguir um emprego ou mesmo de receber cuidados médicos são algumas das consequências mais assinaladas²².

Tabela 1 – Síntese dos principais estudos sobre crenças, atitudes e práticas dos profissionais de saúde face à obesidade

Autor(es) e origem	Participantes	Design/método	Principais resultados
Alexander <i>et al.</i> ¹⁵ , EUA	11 médicos de família e 6 internistas	Grupos focais	Os profissionais consideram que falar sobre a obesidade faz parte das suas funções, mas referem inúmeras barreiras na abordagem da doença, preferindo que seja o doente a introduzir o tema. Consideram a abordagem de doentes com excesso de peso mais fácil do que com os obesos.
Anderson <i>et al.</i> ¹⁸ , EUA	209 médicos (30%) de um total de 700	Questionário com base em apresentação de casos	Mulheres médicas com excesso de peso (IMC > 25) fornecem mais recomendações de perda de peso do que os homens médicos com excesso de peso (IMC > 25). Oitenta e quatro por cento das profissionais com excesso de peso encaminham doentes para nutrição, em comparação com os 55% de encaminhamentos efetuados por médicos homens com excesso de peso.
Cade & O'Connell ²⁴ , UK	299 MGCF (75%)	Questionário	Noventa e oito por cento dos profissionais fazem aconselhamento no sentido de comer menos (78%), fazer mais exercício físico (77%) e redução da ingestão de alimentos hipercalóricos (75%). Apenas 18% encaminham doentes para nutricionista e 2% recorrem a fármacos. Noventa e oito por cento acreditam que abordar a obesidade faz parte das suas funções, embora 26% não se sentem profissionalmente recompensados. Vinte e sete por cento acreditam que os obesos são preguiçosos, e a maioria acredita que enquanto médicos, são os menos capazes de influenciar a perda de peso.
Dutton <i>et al.</i> ¹⁹ , EUA	108 médicos em unidades de cuidados primários	Questionário	Os médicos consideram que se for verificada a presença de excesso de peso ou obesidade, tanto homens quanto mulheres devem perder peso, aconselhando-os nesse sentido. Contudo, registram-se objetivos mais elevados e precisos, em termos de perda de peso, em relação às mulheres do que em relação aos homens. Os profissionais tendem a possuir expectativas de perda de peso de 5% a 10% superiores ao recomendado atualmente.
Epstein & Ogden ¹⁰ , UK	21 MGCF	Entrevistas	Profissionais consideram que a perda de peso é de responsabilidade do doente, mas reconhecem que o doente, por atribuir causas médicas ao problema, depositam essa responsabilidade no médico. Essa tensão pode levar a conflitos na relação terapêutica, que se exacerbam com a crença de ineficácia nos tratamentos existentes e a prescrição de fármacos somente para manter uma boa relação com o doente.
Ferrante <i>et al.</i> ¹⁶ , EUA	255 médicos de família (53%)	Questionário	Fármacos são prescritos de forma infrequente. Regista-se uma elevada prevalência de atitudes negativas, principalmente nos médicos mais jovens. Existem inúmeras barreiras físicas no momento de avaliação do problema. Quanto maior o conhecimento sobre obesidade, maior predisposição para abordar o assunto com o doente, menor frustração, menores crenças de ineficácia e menor pessimismo em relação ao sucesso do tratamento.
Fogelman <i>et al.</i> ¹¹ , Israel	510 MCGF	Questionário	Os profissionais consideram possuir uma eficácia limitada, com falta de preparação para lidar com a doença e com conhecimentos insuficientes quanto a conselhos nutricionais. Indicam principalmente a prática de exercício físico (95%), diminuição da ingestão alimentar (81%) e aconselhamento com nutricionista (58%).

(Continua)

Tabela 1 – Síntese dos principais estudos sobre crenças, atitudes e práticas dos profissionais de saúde face à obesidade (Cont.)

Autor(es) e origem	Participantes	Design/método	Principais resultados
Forman-Hoffman <i>et al.</i> ¹⁷ , EUA	55 médicos de cuidados de saúde primários de centro de antigos veteranos de guerra	Questionário	Falta de preparação associa-se a menor abordagem à obesidade. Os que se preocupam com o seu próprio peso tendem a se preocupar mais com obesidade dos doentes. Trinta e um por cento acreditam que as pessoas com excesso de peso são preguiçosas e têm falta de força de vontade (25%), e 58% referem encaminhar para nutrição, 38% para terapia comportamental e 4% prescrevem medicamentos.
Foster <i>et al.</i> ²¹ , EUA	620 MCGF	Questionário	Trinta e quatro e meio por cento recomendam sempre perda de peso a doentes obesos; 56,4% às vezes encaminham para nutrição, 66% nunca referem para cirurgia e 32,7% indicam fazê-la apenas raramente. Aproximadamente 23% consideram ter recebido uma boa formação para a gestão da obesidade, mas 30,9% aprenderam durante a prática, enquanto 85,1% acreditam que a obesidade é uma doença.
Helb & Xu ¹⁹ , EUA	122 médicos em contexto hospitalar	Questionário com base em apresentação de casos	Atitudes negativas tendem a aumentar com o grau de obesidade do doente, e as práticas perdem qualidade com o aumento do peso do doente, denotando-se a presença de alguns estereótipos face a essa população. Contudo, a maioria considera ser um problema de saúde grave e a que se deve dar atenção.
Ogden <i>et al.</i> ²² , UK	89 MCGF e 599 obesos	Questionário	Profissionais e doentes apresentam diferentes modelos e percepções quanto as causas, controle e gestão da obesidade, levando a dificuldades de intervenção, pois ambos os grupos apresentam diferentes concepções quanto à tomada de responsabilidade do tratamento.
Ogden & Flanagan ⁹ , UK	73 MCGF e 311 sujeitos da população geral	Questionário	Os profissionais acreditam que obesidade não pertence ao seu domínio de ação, pois possui causas psicológicas e comportamentais. São ambivalentes relativamente à eficácia da maioria dos tratamentos existentes e apresentam elevada coerência quanto as causas e soluções para a obesidade, contrariamente ao verificado na população geral.
Sansone <i>et al.</i> ²³ , EUA	99 MCGF (40%)	Questionário	Registra-se certa ambivalência relativamente à cirurgia bariátrica, sendo que 78% consideram existir meios mais eficazes para o tratamento da obesidade. Contudo, a maioria (84%) refere que indicaria doentes para cirurgia se eles preenchessem os devidos critérios. Profissionais do sexo feminino parecem ser mais reticentes que os homens quanto ao recurso a esse procedimento.

De uma forma geral, os profissionais sentem-se pouco preparados e com conhecimentos insuficientes para lidar com esse fenómeno, o que dificulta a abordagem com os doentes. Alguns estudos verificaram que os médicos consideram receber pouca formação durante o percurso académico, originando lacunas entre os conhecimentos relativos aos aspectos nutricionais e aos tratamentos e necessidades de intervenção^{10,11,17}. Contrariamente, na investigação de Ferrante *et al.*¹⁶, os sujeitos consideram conhecer indicações nutricionais e de prática de exercício físico; já no estudo de

Foster *et al.*²¹, 49% dos inquiridos afirmam sentir-se competente para o aconselhamento da perda de peso. Todavia, denota-se uma ausência de conhecimentos quanto a utilização de fármacos para perda de peso, procedimentos cirúrgicos, técnicas específicas de avaliação de obesos mórbidos e existência e modos de funcionamento de terapias de grupo. Nesse sentido, no estudo de Cade e O'Connell²⁴, os profissionais de saúde atribuem maior importância a experiência e informações em artigos como fontes de obtenção de conhecimento e menor à formação académica.

CRENÇAS ACERCA DA GESTÃO E TRATAMENTO DA OBESIDADE

De uma forma geral, os médicos de clínica geral e familiar consideram a obesidade um problema significativo e que, independentemente do sexo dos doentes¹⁹, deve ser abordada²⁵, sendo considerada por 98,2% dos sujeitos do estudo de Horman-Hoffman¹⁷ um problema de saúde pública. Todavia, nem todos os profissionais consideram que essa doença faz parte do seu domínio de ação, depositando a responsabilidade do desenvolvimento e tratamento aos próprios obesos, tal como foi verificado no estudo de Ogden e Flanagan⁹. Do mesmo modo, os participantes do estudo qualitativo desenvolvido por Epstein e Ogden¹⁰ consideram que a obesidade é da responsabilidade dos obesos, depositando neles a causa do problema e, como tal, defendem que deverão assumir eles mesmos o controle da gestão do tratamento. Entretanto, os profissionais reconhecem que esses doentes tendem a depositar a responsabilidade nos médicos, mostrando-se relutantes em assumir o controle da situação, ou por acreditarem que o problema deriva de uma disfunção médica qualquer sob a qual não possuem responsabilidade, ou até mesmo por não reconhecerem a natureza e gravidade do problema, negando-o diversas vezes. Contudo, diferentes dados podem ser encontrados em outros estudos, demonstrando que 85% a 98% dos entrevistados consideram que a obesidade faz parte do seu campo de ação, sendo uma obrigação médica advertir os doentes para os riscos e consequências de saúde que a obesidade acarreta^{11,21,24}.

No que diz respeito a gestão da perda de peso e contato com os obesos, 74% a 96,4% dos médicos afirmam que lidar com esse grupo não é fácil, sentindo-se limitados na sua ação, principalmente no estabelecimento de mudanças no longo prazo (72%), desenvolvendo sentimentos de frustração (66%) devido à percepção de incapacidade dos doentes em perder peso, os quais são exacerbados por uma ausência de recompensação e satisfação profissional na prestação de cuidados a esse grupo, presente em 45% a 74% dos sujeitos^{10,11,16,17,21,24}.

Entre 85% a 90% dos técnicos de saúde mencionam também que o desejo de perda de peso ocorre, primeiramente, por motivos estéticos, relevando-se para segundo lugar motivos de saúde. 40% a 54% consideram que a família assume uma posição de maior poder que a dos médicos no que diz respeito a motivação e apoio para a mudança de estilo de vida^{11,24}. Efetivamente, os dados revelam que 34% a 40% dos médicos de clínica geral e familiar não acreditam no sucesso dos doentes, e no estudo de Foster *et al.*²¹, um terço dos 620 inquiridos não acredita mesmo que esse grupo de doentes venha a conseguir alcançar um peso normal, sendo que somente 14% se sente bem-sucedido no apoio prestado. No entanto, os médicos reconhecem que uma pequena redução de peso de 5% ou 10% já é muito vantajosa para o obeso²¹. Do mesmo modo, os resultados da grande maioria dos estudos analisados indicam

que esses profissionais de saúde tendem a considerar ineficazes os tratamentos atualmente existentes para a obesidade^{10,16,21}. Somente no estudo de Horman-Hoffman *et al.*¹⁷ os sujeitos demonstraram acreditar que a ação pode ter sucesso e que existem medidas eficazes para gestão e tratamento dessa doença crônica.

ATITUDES DIANTE DOS OBESOS

No que concerne a esse domínio, os resultados das investigações revelam-se bastante concordantes entre si, evidenciando que a maioria dos clínicos de medicina geral e familiar caracteriza os obesos como sendo preguiçosos, com elevada falta de vontade e de motivação para a perda de peso, demonstrando falta de autocontrole e com tendência a se autodesculpabilizarem^{11,16,17,21,24}. Esses profissionais consideram que esses procuram uma solução fácil para o problema, negando os maus hábitos alimentares e não se mostrando disponíveis para a prática de exercício físico¹⁶. No estudo de Fogelman *et al.*¹¹, mais de 50% dos sujeitos descrevem os obesos como sendo desajeitados, pouco atraentes, feios, desleixados, desagradáveis, desonestos e com dificuldades de adesão. A investigação desencadeada por Helb e Xu²⁰, com 122 médicos de clínica geral e familiar, revelou que o peso/tamanho dos doentes influenciava a forma como os profissionais os encaravam e tratavam, concluindo-se que quanto mais pesado fosse o obeso, mais exames eram prescritos, menor era a paciência dos médicos, o empenho no tratamento e, portanto, menor era o tempo que dedicavam na consulta. Os dados revelaram ainda que os profissionais defendem que quanto mais pesado for o indivíduo, menor é sua saúde, menores são seus cuidados e menor é sua autodisciplina, necessitando por isso de aconselhamento mais rígido. Esse estudo e outros^{16,23} indicam também a atribuição de maior infelicidade e instabilidade emocional a esses doentes, acreditando, por isso, que esses possuem graves problemas psicológicos. Constatou-se também que, quanto maiores os anos de experiência do médico, menores são as atitudes negativas demonstradas¹¹, assim como, quanto maiores os conhecimentos acerca da obesidade, menores são as atitudes negativas, menores são as dificuldades em abordar problemas, menor é a frustração em lidar com essa questão, maior é a crença na eficácia dos tratamentos e maior é a expectativa de sucesso de perda de peso¹⁶.

PRÁTICAS E ENCAMINHAMENTO PARA OUTROS PROFISSIONAIS

Apesar de as percentagens encontradas variarem de uns estudos para outros, indicando diferentes valorizações de importância dos médicos frente às práticas desencadeadas, registra-se uma elevada concordância quanto ao aconselhamento da prática de exercício físico, redução da quantidade de alimentos consumidos, diminuição das calorias ingeridas e desenvolvimento adequado de materiais informativos sobre obesidade e perda de peso^{11,15-17,24}.

Entre 35% a 98% dos profissionais referem serem eles próprios a realizar esse tipo de aconselhamento^{11,20,24}, sendo que o envio de doentes para outros profissionais, tais como nutricionistas, além de ser pouco mencionado em alguns estudos, é referenciado apenas por 30% a 58% dos sujeitos^{15,17,20}. Na investigação de Fogelman *et al.*¹¹, 38% e 25% dos entrevistados referiram aconselhar, respectivamente, a frequência de terapia comportamental e de intervenções em grupo, enquanto que no estudo de Cade e O'Connell²⁴, somente 17% dos profissionais indicavam intervenção em grupo. Contrariamente a essas baixas frequências de encaminhamento para essas opções de tratamento, os técnicos de saúde do estudo de Ogden e Flanagan⁹ consideram as terapias de grupo o único meio que, com certeza, trará benefícios ao obeso, mostrando-se apreensivos no que concerne aos ganhos de medidas como realização de cirurgia, administração de medicamentos e aconselhamento direto baseado nas poucas linhas de orientação existentes até o momento. Salienta-se o fato de, em pelo menos dois estudos, o envolvimento da família surgir como um apoio fundamental para a perda de peso, por vezes de maior relevância que o próprio papel dos clínicos geral e familiar^{11,24}, como já foi mencionado anteriormente.

No que concerne ao recurso à cirurgia bariátrica para perda de peso, os dados revelam-se um pouco controversos. Na investigação desencadeada por Sansone *et al.*²³, que abordou especificamente o procedimento junto de profissionais de clínica geral e familiar, concluiu-se que 78% dos sujeitos acreditam existir métodos mais eficazes que a cirurgia bariátrica para perda de peso, contudo 84% referem elevadas probabilidades de encaminhar os obesos para esse tipo de tratamento. No entanto, no estudo de Foster *et al.*²¹, apenas 23% dos inquiridos se manifestaram a favor dessa prática, e no estudo de Epstein e Ogden¹⁰ os participantes consideram a cirurgia um procedimento de elevado risco.

De igual modo, verifica-se a presença de posturas negativas sobre a administração de medicamentos para perda de peso. No estudo de Fogelman *et al.*¹¹, apesar de 34% dos profissionais considerarem essa prática adequada mesmo para indivíduos com um índice de massa corporal abaixo dos 30 kg/m² e de 13% a considerarem eficaz somente 4% mencionam prescrevê-la. Já na investigação de Epstein e Ogden¹⁰, os médicos consideram que os medicamentos não são eficazes para a perda de peso, contudo acabam, algumas vezes, por administrá-los somente para irem ao encontro das expectativas dos doentes, de forma a manter uma boa relação terapêutica.

BARREIRAS PERCEBIDAS PARA O TRATAMENTO DA OBESIDADE

Alguns estudos questionaram os clínicos de medicina geral e familiar acerca de eventuais barreiras para um maior envolvimento e sucesso da gestão e tratamento da obesidade. A falta de preparação acadêmica surgiu como a

mais mencionada nas diferentes investigações, associada a dificuldades na abordagem do tema da perda de peso para obesos^{6,15,20}. Seguidamente, surgem as limitações de tempo em consulta e as baixas expectativas na capacidade de os doentes virem a ser bem-sucedidos na perda de peso. A ausência de orientação adequada e fundamentada foi também indicada nos estudos de Alexander *et al.*²⁴ e no de Forman-Hoffman¹⁷, salientando-se, neste último, a relevância dada por alguns profissionais à necessidade de o próprio sistema de saúde fazer da obesidade um assunto prioritário.

DISCUSSÃO

Os dados provenientes dos 13 estudos analisados sobre as crenças, atitudes e práticas dos médicos de clínica geral e familiar em relação à obesidade são bastante reveladores das dificuldades desses profissionais e da forma como percebem e se relacionam com os obesos.

Apesar de parecer existir uma preocupação geral com o problema da obesidade, verifica-se a presença de um conjunto de crenças ambivalentes e de atitudes negativas sobre esses doentes. No que concerne aos conhecimentos e formação nessa área, apesar de nem todos os estudos o demonstrarem, a maioria dos profissionais se sente indevidamente preparada para lidar com a questão da obesidade, o que parece estar na origem de muitas das crenças e práticas observadas. A ausência de conhecimentos adequados pode dar origem a uma visão do aconselhamento como algo difícil de concretizar, associado a dificuldades na abordagem sobre perda de peso, baixas expectativas quanto a resultados bem-sucedidos e crenças de ineficácia perante alguns dos tratamentos existentes. De igual modo, o fato de a formação médica ocorrer, em grande medida, sob uma vertente biomédica pode contribuir para que os profissionais de saúde apresentem dificuldades em lidar com uma doença majoritariamente de causa comportamental, como os próprios indicam, cuja principal forma de tratamento reside, precisamente, na mudança desses comportamentos²¹. Todavia, não deixa de ser controverso o fato de, apesar da baixa competência percebida, os resultados indicarem a tendência para os médicos realizarem, eles próprios, o aconselhamento dos obesos, o que pode ser a causa dos insucessos constatados. No entanto, esse comportamento se deve à falta de recursos verificada, muitas vezes, nas instituições de saúde, limitando, assim, a ação dos cuidados de saúde primários e a possibilidade de encaminhamento para outros serviços mais especializados.

A obesidade é também descrita em termos de responsabilidade, nomeadamente, em relação a quem deverá assumir o controle da doença. Se existem profissionais que acham que o problema pertence ao seu campo de ação, outros discordam, considerando que, como não possui uma causa médica, sendo originado pelos comportamentos dos sujeitos, deverá ser da responsabilidade do obeso,

podendo-se falar da presença de uma certa culpa da vítima (*blaming the victim model*)²². No entanto, os médicos reconhecem que o obeso tende a depositar o controle da situação nos profissionais de saúde, sendo que essas diferentes posturas poderão contribuir para a deterioração da relação terapêutica, tal como é mencionado no estudo de Epstein e Ogden¹⁰. Como forma de manter o equilíbrio relacional, os profissionais optam por administrar medicamentos com os quais não concordam e em cuja eficácia não acreditam, somente para irem ao encontro das expectativas do doente. Esse conflito e sua resolução desencadeiam, então, sentimentos de frustração e insatisfação profissional, sendo talvez mais um dos aspectos que levam os médicos dizer que lidar com essa problemática não é fácil. Os mesmos motivos poderão igualmente contribuir para um conjunto de atitudes negativas aos obesos, as quais foram observadas quando a análise foi realizada.

Efetivamente, verifica-se a presença de estigmas e estereótipos sociais nas atitudes dos profissionais, tais como a ideia de que eles possuem falta de vontade e motivação, são preguiçosos, têm dificuldades de autocontrole e inúmeros problemas psicológicos, os quais parecem influenciar tanto a forma como os técnicos veem o grupo, como as práticas desencadeadas, registrando-se uma diminuição da qualidade dos serviços prestados à medida que o peso do doente aumenta¹⁶. No entanto, esses aspectos parecem ser mediados pelo número de anos de experiência profissional e conhecimentos acerca da problemática da obesidade: quanto mais anos de experiência o profissional tiver e maiores forem os seus conhecimentos acerca da obesidade, menos atitudes negativas serão expressas^{11,16}. Esses fatores poderão contribuir para uma maior compreensão do problema, permitindo a adoção de uma postura mais imparcial e menos crítica em relação aos obesos. Importa salientar que essas atitudes negativas, se percebidas pelos obesos, poderão, igualmente, contribuir para que eles respondam negativamente a elas, levando a manutenção e exacerbação das atitudes negativas dos profissionais, repetindo-se um ciclo prejudicial para o obeso, o qual poderá inibir o seu comportamento de procura de ajuda para perda de peso, como forma de se autoprotger dos estigmas e estereótipos sociais também presentes nas instituições de saúde²⁰.

As práticas desencadeadas vão ao encontro dos dados do estudo de Ogden e Flanagan⁹, os quais revelam a existência de uma elevada congruência entre as crenças causais e as crenças diante das soluções para a obesidade. Isso é, denota-se que as opções de aconselhamento e tratamento levadas a cabo pelos profissionais de saúde vão ao encontro de suas crenças quanto às causas do problema. Portanto, uma vez que os médicos consideram que a principal causa da obesidade deriva do comportamento dos sujeitos, a indicação de realização de exercício físico, diminuição do consumo alimentar e da ingestão de

alimentos hipercalóricos para perda de peso vão no mesmo sentido, prendendo-se, fundamentalmente, com mudanças comportamentais e de estilo de vida.

Todavia, no que concerne às restantes opções de tratamento, os dados revelaram uma certa ambivalência por parte dos médicos, demonstrando crenças mais favoráveis a certas opções do que outras. Esse aspecto se deve à falta de familiaridade e conhecimento acerca dessas práticas, o que, associado à ausência tanto de recursos ou de facilidade em encontrar determinados serviços, como de linhas de orientação de tratamento da obesidade fundamentadas e adequadas, contribui para certa inconsistência no apoio prestado. Esses mesmos fatores poderão igualmente explicar as baixas frequências verificadas quanto ao encaminhamento para serviços especializados, tais como acompanhamento nutricional, acompanhamento psicológico, intervenções em grupo ou avaliação para realização de cirurgia bariátrica, quando existem estudos que demonstram que, por exemplo, os obesos terão maiores benefícios de mudança no longo prazo quando monitorados em grupo^{24,25}, e que a cirurgia bariátrica, nomeadamente a banda gástrica, é, atualmente, dos procedimentos mais eficazes no tratamento da obesidade mórbida^{26,27}. Denota-se uma atitude negativa frente à administração de medicamentos, sendo sua utilização praticamente nula, o que confirma o fato de que para causas comportamentais os médicos preferem, primeiramente, recorrer a medidas comportamentais. Interessa também salientar que as atitudes negativas demonstradas, associadas às baixas expectativas de resultados bem-sucedidos, poderão igualmente contribuir para o não encaminhamento, uma vez que os profissionais tendem a pensar que será uma perda de tempo perante a falta de vontade, motivação e incapacidade do obeso em perder peso.

LIMITAÇÕES

Uma das limitações encontradas nas 13 investigações analisadas diz respeito ao fato de alguns estudos possuírem taxas de respostas muito baixas, o que poderá suscitar problemas quanto à capacidade representativa da amostra e, posteriormente, à generalização e comparação dos resultados alcançados entre os diferentes estudos. De igual modo, poucos estudos possuem amostras aleatórias, sendo a sua maioria de amostras de conveniência, e nenhuma investigação recorre a grupos comparativos. No que concerne a dados estatísticos, poucos são os estudos que descrevem o processo de construção do questionário utilizado e somente um apresenta as características psicométricas do instrumento. A grande diversidade de testes estatísticos utilizados para análise dos dados dificulta, igualmente, a realização de comparações entre os estudos, as quais se tornam ainda mais difíceis de concretização, tendo em vista a variedade de contextos (centros de cuidados de saúde primários, hospitais etc.) em que os dados foram recolhidos, sendo, contudo, interessante pesquisar

em próximas investigações se, de fato, esse aspecto exerce alguma influência nas crenças, atitudes e práticas dos profissionais de saúde. Uma outra limitação que se destaca particularmente diz respeito à primazia de estudos quantitativos, em detrimento de estudos com uma base metodológica qualitativa. Efetivamente, para alguns autores^{10,12}, essa limitação se traduz em resultados por vezes redutores, ao explorar somente as crenças quanto as causas, consequências e eficácia dos tratamentos existentes, deixando, assim, escapar aspectos importantes relativos, por exemplo, ao significado atribuído ao processo de tratamento da obesidade, comprometimento na sua gestão e interação médico-doente.

No que concerne à revisão propriamente dita, considera-se que a sua principal limitação está no fato de tê-la centrado somente nas crenças, atitudes e práticas de profissionais de medicina geral e familiar. Sugere-se a realização de futuras revisões ou investigações que procurem explorar essas variáveis em médicos de especialidades associadas à obesidade, tais como cirurgiões, nutricionistas, psicólogos, entre outras, comparando-as com os resultados de médicos de clínica geral e familiar.

CONCLUSÃO

Como foi possível verificar com a presente revisão, existe uma escassez de investigações neste domínio, confirmada pelo reduzido número de artigos encontrados e considerados para análise, o que ressalta a necessidade de se estudar e aprofundar o conhecimento no âmbito das crenças, atitudes e práticas dos profissionais de saúde em relação à obesidade. Apesar de só ter sido possível analisar estudos publicados na língua inglesa, incorrendo no risco de os resultados verificados retratarem uma realidade que poderá não corresponder à conjuntura dos outros países, espera-se que o desenvolvimento desta revisão contribua para a sensibilização dos profissionais de saúde para o modo como as suas crenças poderão influenciar as atitudes e práticas com os obesos, bem como o relacionamento e adesão terapêutica dos mesmos, visando, em última estância, a uma melhoria dos serviços de saúde prestados aos indivíduos com essa problemática.

REFERÊNCIAS

- World Health Organization. What are overweight and obesity? 2006. [citado 25 setembro 2008]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>.
- World Health Organization. Obesity and overweight. 2011 [citado 3 março 2011]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>.
- Ogden C, Yanovski S, Carroll M, Flegal K. The epidemiology of obesity. *Gastroenterology*. 2007;132:2087-102.
- World Health Organization. Global Health Observatory Data Repository. 2011 [citado 29 setembro 2011]. Disponível em: <http://apps.who.int/ghodata/?vid=2469>.
- Ferreira V, Magalhães R. Obesidade no Brasil: tendências actuais. *Rev Port Saúde Pública*. 2006;24:71-81.
- Carmos I, Santos O, Camolas J, Vieira J, Carreira M, Medina L *et al*. Overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003-2005. *Obes Res*. 2007;9:11-9.
- Ogden J. Obesity treatment. In: Ogden J, editor. *The psychology of eating: from healthy to disordered behaviour*. New York: Blackwell; 2009. pp.180-210.
- Kristeller J, Hoerr R. Physicians attitudes toward managing obesity: differences among six specialty groups. *Prev Med*. 1997;26:542-9.
- Ogden J, Flanagan Z. Beliefs about the causes and solutions to obesity: a comparison of GPs and lay people. *Patient Educ Counsel*. 2008;71:72-8.
- Epstein L, Ogden J. A qualitative study of GP' views of treating obesity. *Br J Gen Pract*. 2005;55:750-4.
- Fogelman Y, Vinker S, Lachter J, Biderman A, Itzhak B, Kitai E. Managing obesity: a survey of attitudes and practices among Israeli primary care physicians. *Int J Obes*. 2002;26:1393-97.
- Budd G, Mariotti M, Graff, D, Falkenstein K. Healthcare professionals' attitudes about obesity: an integrative review. *Appl Nurs Res*. 2009;24:127-37.
- Fishbein M, Ajzen I. Belief formation. In: Fishbein M, Ajzen, I, editors. *Belief, attitude, intention, and behavior: an introduction to theory and research*. Reading: Addison-Wesley; 1975. pp.130-215.
- Vala J. Representações sociais e psicologia social do conhecimento quotidiano. In: Vala J, Monteiro M, editores. *Psicologia social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2000. pp. 457-501.
- Alexander S, Ostbye T, Pollak K, Gradison M, Bastian L, Brouwe R. Physicians' beliefs about discussing obesity: results from Focus Groups. *Am J Health Promot*. 2007;21:498-500.
- Ferrante J, Piasecki A, Ohman-Strickland P, Crabtree B. Family physicians' practices and attitudes regarding care of extremely obese patients. *Obesity*. 2009;17:1710-6.
- Forman-Hoffman V, Little A, Wahls T. Barriers to obesity management: a pilot study of primary care clinicians. *Fam Pract*. 2006;7:11-11.
- Anderson C, Peterson C, Fletcher L, Mitchell J, Thuras P, Crow S. Weight loss and gender: an examination of physicians attitudes. *Obes Res*. 2001;9:257-63.
- Dutton G, Perri M, Stine C, Goble M, Vessem N. Comparison of physician weight loss goals for obese male and female patients. *Prev Med*. 2010;50:186-8.
- Hebl M, Xu J. Weighing the care: physicians' reactions to the size of a patient. *Int J Obes*. 2001;25:1246-52.
- Foster G, Wadden T, Makris A, Davidson D, Sanderson R, Allison D *et al*. Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment. *Obes Res*. 2003;11:1168-77.
- Ogden J, Bandara I, Cohen H, Farmer D, Hardie J, Minas H *et al*. General practitioners' and patients' models of obesity: whose problem is it? *Patient Educ Couns*. 2001;44:227-33.
- Sansone R, Mc Donald S, Wiederman M, Ferreira K. Gastric bypass surgery: a survey of primary care physicians. *Eat Dis*. 2007;15:145-52.
- Cade J, O'Connell S. Management of weight problems and obesity: knowledge, attitudes and current practice of general practitioners. *Br J Gen Pract*. 1991;41:147-50.
- Renjilian D, Perri M, Nezu A, Mckelvey W, Shermer R, Anton S. Individual versus group therapy for obesity: effects of matching participants to their treatment preferences. *J Consult Clin Psychol*. 2000;69:717-21.
- Mrad B, Stoklossa C, Birch D. Does preoperative weight loss predict success following surgery for morbid obesity? *Am J Surg*. 2008;195:569-74.
- Sarwer D, Wadden T, Fabricatore A. Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. *Obes Res*. 2005;13:639-48.