

U. PORTO



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO
UNIVERSIDADE DO PORTO

**Atitudes, práticas e mitos dos Médicos de Família do ACES de Matosinhos
face à obesidade**

Ângela Cristina Pinto Neves

Porto, 2015

Atitudes, práticas e mitos dos Médicos de Família do ACES de Matosinhos face à obesidade.

Family Physicians' attitudes, practises and myths from the Matosinhos Health Centre Grouping, regarding obesity.

Ângela Cristina Pinto Neves

Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto
Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

Mestre Tânia Magalhães, Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Nutrição Clínica apresentada à
Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto
2015

Resumo

Introdução: A crescente epidemia de obesidade constitui um sério problema de saúde pública. Apesar da clara evidência científica acerca dos benefícios da redução de peso, sabe-se que os resultados obtidos encontram-se muito aquém dos resultados desejáveis e metas delineadas. **Objetivos:** caracterizar as atitudes, práticas e mitos dos Médicos de Família do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) de Matosinhos relativamente à obesidade e aos pacientes obesos. **Tipo de estudo:** observacional, analítico, transversal. **Local:** ACeS de Matosinhos, Portugal. **População:** Médicos de Família e Internos de Formação Específica (IFE) de Medicina Geral e Familiar (MGF) do ACES de Matosinhos **Métodos:** foi desenvolvido um questionário de autopreenchimento, aplicado a uma amostra não aleatória de conveniência. Na análise de dados foi utilizado o *Qui-Quadrado*, o teste *T* de *Student* e a correlação de *Pearson*. **Resultados:** a maioria dos inquiridos (71,2%) não realizou formação pós-graduada na área da nutrição/alimentação e reconhece a necessidade de ampliar conhecimentos e realizar formação neste tema ($m=4,1$; $dp=0,7$), bem como a importância ($m=4,5$; $dp=0,5$) e a responsabilidade médica ($m=4,4$; $dp=0,7$) no aconselhamento e motivação dos pacientes obesos para a mudança de estilo de vida e perda de peso. Demonstram alguma incerteza quanto à sua competência no diagnóstico e tratamento de pacientes obesos ($m=3,4$; $dp=0,9$) e à necessidade de um aconselhamento específico destes doentes por parte de um profissional especializado sobre alimentação e exercício físico ($m=3,2$; $dp=1,0$) **Conclusões:** independentemente das capacidades sentidas pelos médicos para lidar com os pacientes obesos, bem como das suas crenças ou conhecimentos, estes profissionais aconselham com bastante frequência os doentes acerca dos hábitos alimentares.

Palavras-Chave: obesidade; médicos de família; atitudes; práticas; mitos

Abstract

Introduction: The growing obesity epidemic is a serious public health problem. Although clear scientific evidence regarding the health benefits of weight loss is known, the results obtained fall short of the desired results and planned goals.

Objective: characterize Family Physicians attitudes, practices and myths from the Matosinhos Health Centre Grouping, regarding obesity and obese patients. **Type**

of study: observational, analytic, transversal. **Place:** Matosinhos ACeS.

Population: Family Physicians and Interns of the Family Medicine Residency Program, from the Matosinhos ACeS. **Methods:** a survey, to be filled in by

population members, was developed, applying a non-random convenience sample. Chi-Square and t-Student tests, as well as *Pearson* correlation coefficient

were used for statistical data analysis. **Results:** The majority of the surveyed (71.2%) did not have any post-graduate background on food and nutrition area

and recognized the need to expand their knowledge and obtain educational training regarding this topic (m=4.1; ds =0.7), as well as the importance (m=4.5;

ds=0.5) and the medical responsibility (m=4.4, ds=0.7) in recommending and motivating obese patients to carry out life-style changes and lose weight.

Uncertainty regarding their competence in diagnosing and treating obese patients (m=3.4; ds=0.9) and the need for specific recommendations regarding nutrition

and physical activity, for these patients by a specialized professional (m=3.2; ds=1.0), was demonstrated by the surveyed. **Conclusion:** Apart from de

capacities felt by physicians on how to handle obese patients, as well as their beliefs and knowledge, these professionals give these patients quite frequent nutritional recommendation habits.

Keywords: Obesity; Family Physician, Attitudes; Practices; Myths

Índice

Resumo.....	iii
Lista de Abreviaturas.....	vi
Lista de Figuras.....	vii
Lista de Tabelas.....	viii
Introdução.....	1
Material e Métodos.....	5
Resultados.....	8
Discussão e Conclusões.....	23
Anexos.....	32
Anexo A.....	33

Lista de Abreviaturas

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

CSP- Cuidados de Saúde Primários

dp – desvio padrão

IFE - Internos de Formação Específica

IMC- Índice de Massa Corporal

m- média

MF – Médicos de Família

MGF - Medicina Geral e Familiar

OMS - Organização Mundial de Saúde

SPCNA - Sociedade Portuguesa de Ciências de Nutrição e Alimentação

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

Lista de Figuras

Figura 1 – Sexo dos inquiridos	8
Figura 2 – Habilitações académicas.....	9
Figura 3 – Funções dos inquiridos	9
Figura 4 – Formação na área da nutrição/alimentação	10
Figura 5 – Principal motivo pelo qual não realizaram formação.....	10
Figura 6 – Fonte privilegiada de informação	11
Figura 7 – N° de horas dispensadas em formação	12
Figura 8 – Tempo médio para aconselhamento sobre alimentação e atividade física.....	12

Lista de Tabelas

Tabela I – Idade dos inquiridos.....	8
Tabela II – Experiência profissional.....	9
Tabela III – Média dos itens referentes à efetividade do tratamento e comportamento dos obesos	14
Tabela IV – Média dos itens referentes à autoeficácia dos Médicos de Família ..	16
Tabela V – Média dos itens referentes às barreiras no tratamento da obesidade	18
Tabela VI – Média dos itens referentes às estratégias de aconselhamento.....	19
Tabela VII – Comparação das habilitações académicas pelo sexo.....	21
Tabela VIII – Comparação da formação em nutrição/alimentação pelas funções exercidas	22
Tabela IX – Comparação do tempo dispensado para aconselhamento dos pacientes sobre alimentação e atividade física por funções exercidas	22

Introdução

A crescente epidemia de obesidade constitui um sério problema de saúde pública nos países desenvolvidos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 2008 estimava-se a existência de cerca de 1,5 mil milhões de adultos com excesso de peso, sendo que 500 milhões se encontravam na faixa da obesidade, projetando-se, para o ano de 2015, um acréscimo para os 2,3 mil milhões de adultos com excesso de peso e 700 milhões de obesos.¹

Em Portugal, segundo as observações da investigadora Carmo *et al*, estimava-se, nos anos de 2003-2005, uma prevalência de adultos (18-64 anos) com 38,6% com excesso de peso (Índice de Massa Corporal (IMC): 25,0-29,9) e 13,8% com obesidade (IMC≥30), perfazendo um total de 52,4% da população portuguesa apresentado um peso superior ao normal.²

O estudo “Alimentação e Estilo de Vida da População Portuguesa” (2009), promovido pela Sociedade Portuguesa de Ciências de Nutrição e Alimentação (SPCNA), mostrou que, dos 3529 participantes, 40% apresentava excesso de peso e 10,8% obesidade, com uma prevalência total de obesidade/excesso de peso de 50,8%; sendo as prevalências de excesso de peso mais elevadas nas regiões dos Açores (71,3%), Madeira (59,7%) e Alentejo (57,5%).³

As expectativas futuras não afloram resultados otimistas, atendendo que dados recentes sugerem a existência de cerca de 3,5 milhões de portugueses a sofrer de pré-obesidade e 1 milhão de obesidade.⁴

A Sociedade Europeia de Clínica Geral/Medicina Familiar, descreve os médicos de família como sendo médicos pessoais, principalmente responsáveis pela prestação de cuidados abrangentes e continuados a todos os indivíduos que os procurem, independentemente da idade, sexo ou afeção.⁵

Para a *European Academy of Teachers in General Practice* a Medicina Geral e Familiar (MGF) constitui o primeiro acesso do utente ao Serviço Nacional de Saúde, cabendo a cada Médico de Família a gestão dos problemas de saúde dos seus utentes, fazendo um uso eficiente dos recursos de saúde por meio de cuidados de saúde coordenados com outros profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários (CSP).⁶

Posto tudo isto, reconhece-se a posição única e influente destes profissionais de saúde na promoção da saúde e prevenção da doença, e, conseqüentemente, a sua responsabilidade em impulsionar mudanças comportamentais em áreas de risco à saúde, como seja o excesso de peso/obesidade.

Apesar da clara evidência científica acerca dos benefícios da redução de peso, sabe-se que os resultados obtidos encontram-se muito aquém dos resultados desejáveis e metas delineadas em CSP.^{7,8} Não obstante, as diferentes justificações para este insucesso como a falta de envolvimento e motivação dos pacientes obesos, o escasso tempo de consulta e a inexistência de metas/indicadores e programas governamentais específicos como os que existem para outras doenças crónicas em particular, entre outras,⁹ diversos estudos apontam os Médicos de Família (MF) como possíveis responsáveis pelos resultados insatisfatórios obtidos neste âmbito.⁸⁻¹¹

As atitudes, crenças e valores dos MF influenciam incontestavelmente a sua prática clínica, sendo a sua conduta diária para com os seus pacientes a expressão comportamental de toda a sua formação ideológica.

Conhecimentos e formação insuficientes,^{12,13} concepções desajustadas e estereótipos acerca dos pacientes obesos, baixa perceção sobre a capacidade e motivação destes pacientes para incitar mudanças, sentimentos débeis de autoeficácia e de competência técnica para gerir e tratar o excesso de peso/obesidade, depreciação de uma prática clínica preventiva, tempo de consulta exíguo e falta de remuneração e de incentivos a uma prática preventiva; são alguns dos aspetos apontados por diversos estudos que se debruçam sobre

as diferentes barreiras e posturas negativas dos MF na gestão e tratamento da obesidade como doença crónica que é.^{11,14,15}

A formação pré-graduada acerca da gestão e tratamento da obesidade é considerada insuficiente por um grande número destes profissionais de saúde, traduzindo-se em numerosas dificuldades na abordagem dos seus pacientes obesos, com lacunas relativas a conselhos nutricionais, tratamento e necessidade de intervenção terapêutica.^{12,13}

Para a maioria dos clínicos gerais os pacientes obesos são encarados como preguiçosos, desprovidos de força de vontade e motivação, destituídos de autocontrolo e com propensão a autodesculpabilizarem o seu insucesso, constituindo estes exemplos de estigmas e estereótipos sociais subjacentes à falta de investimento e envolvimento profissional no tratamento destes doentes.¹⁶⁻¹⁸

De uma forma genérica, os MF reconhecem a obesidade como sendo um problema de saúde significativo e que justifica ser abordado.²⁰ No entanto, nem todos admitem dispor de responsabilidade e competências para a sua abordagem, depositando a responsabilidade do desenvolvimento e tratamento desta patologia aos próprios pacientes obesos.^{20,21}

O tempo restrito de consulta (15-20 minutos), é apontado por estes profissionais de CSP como fator limitante da sua disponibilidade para abordar práticas preventivas,^{12,22,23} porém nem sempre estes técnicos de saúde fazem uma utilização eficiente de todas as oportunidades educativas que dispõem para a promoção de um estilo de vida saudável²⁴, negligenciando a importância e reconhecimento que os pacientes atribuem aos seus conselhos e subestimando o interesse dos seus pacientes em receber sugestões para a adoção de mudanças comportamentais saudáveis.²⁵

Apesar da evidente preocupação dos médicos com o grave problema de saúde que constitui a obesidade, verificam-se, ainda, a existência de diversas dificuldades por parte destes profissionais na sua relação e percepção relativa aos pacientes obesos.²⁶ Um conjunto de atitudes negativas, crenças ambivalentes, conhecimentos precários e indisponibilidade modelam e limitam, ainda que em conjunto com diversos outros fatores, o sucesso do plano terapêutico de gestão e tratamento da obesidade.²⁷⁻³¹

Assim, revela-se de extrema importância conhecer as principais crenças, atitudes e práticas dos MF portugueses em relação aos pacientes obesos, de forma a delinear estratégias dirigidas e individualizadas de sensibilização destes profissionais acerca do modo como as suas crenças e atitudes poderão condicionar a sua prática clínica, bem como o seu relacionamento com estes doentes e a sua adesão ao regime terapêutico, com vista à prestação de cuidados de saúde de excelência.^{32,33} Posto tudo isto, e uma vez que não existe nenhum estudo deste âmbito no Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) de Matosinhos, revelou-se pertinente a seguinte pergunta de investigação: “Quais as atitudes, práticas e mitos dos Médicos de Família do ACeS de Matosinhos face à obesidade?”

Este trabalho teve como objetivo geral caracterizar as atitudes, práticas e mitos dos Médicos de Família do ACES de Matosinhos relativamente à obesidade e aos pacientes obesos. Avaliar as necessidades formativas dos MF na área da Nutrição/Alimentação, determinar as principais barreiras e limitações destes profissionais de saúde na gestão e tratamento da obesidade e comparar as atitudes, práticas e mitos dos Médicos especialistas em MGF com as dos Internos de Formação Específica (IFE) de MGF, constituíram os objetivos específicos delineados.

Material e Métodos

Este foi um estudo do tipo observacional, descritivo e transversal, com componente analítica, dirigido a uma amostra populacional constituída pelos Médicos de Família e IFE de MGF do ACES de Matosinhos, tendo decorrido no período de Julho de 2014 a Fevereiro de 2015, nas Unidades de Saúde Familiares (USF's) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP's) do Agrupamento de Centros de Saúde de Matosinhos.

Seleccção da amostra

A população deste estudo foi constituída por todos os Médicos de Família e IFE de MGF do ACES de Matosinhos (149 profissionais) e a amostra, não aleatória de conveniência, composta por todos os médicos respondentes ao questionário e que atendiam aos critérios de inclusão: ser Médico de Família ou Internos de Formação Especifica de MGF e exercer funções no ACES de Matosinhos (104 profissionais). Os questionários, anónimos e de auto-preenchimento, foram entregues aos profissionais de saúde no dia da reunião da sua unidade, após o contacto prévio com o respetivo coordenador. Após a sua execução, cada profissional depositava o seu questionário no interior de uma urna, reservada para esse efeito, de forma a garantir o anonimato.

Instrumento de recolha de dados

Foi construído, especificamente para o presente estudo, um questionário intitulado “Atitudes, práticas e mitos dos Médicos de Família do ACES de Matosinhos face à obesidade”, elaborado pela investigadora com base na revisão da literatura nacional e internacional^{11,14,15,34-36} acerca das crenças, atitudes e práticas dos MF relativamente à obesidade e aos pacientes obesos, dividido em duas partes e perfazendo um total de 54 questões (ver Anexo A).

A primeira parte deste instrumento de recolha de dados, composta por um conjunto de 10 questões, aborda a caracterização sociodemográfica e profissional da amostra em estudo, nomeadamente: sexo, idade, funções, ano de conclusão

da sua formação pré-graduada, habilitações académicas, formação pós-graduada em Nutrição/Alimentação, principais fontes de informação, número de horas de formação despendidas nos últimos três anos e tempo dedicado em cada consulta a conselhos sobre alimentação e atividade física.

Seguidamente, surge uma segunda parte constituída por 29 itens, nos quais os participantes assinalam, numa escala de *likert* de cinco opções, o seu grau de concordância (concordo absolutamente, concordo, não concordo nem discordo, discordo e discordo absolutamente), e que pretende descrever as atitudes dos MF relativamente à efetividade do tratamento da obesidade, às mudanças comportamentais e à motivação dos seus pacientes obesos, bem como a autoeficácia percecionada pelos próprios médicos no tratamento da obesidade e as principais barreiras destes profissionais na gestão e tratamento desta patologia.

A terceira, e última parte, deste questionário composta por 14 itens, descreve a frequência com que os inquiridos aconselham os seus pacientes sobre hábitos alimentares entre quatro opções disponíveis (nunca, raramente, muitas vezes e sempre), e que pretende detalhar as estratégias escolhidas pelos inquiridos no aconselhamento dos seus pacientes obesos.

Análise estatística

Foi utilizado o programa informático Statistical Package for Social Sciences (SPSS) Versão 18.0 para introdução e análise dos dados. Os dados obtidos foram avaliados quanto à frequência, percentagens, média, moda e desvio padrão (estatística descritiva).

De forma a responder aos objetivos específicos do estudo procedeu-se à comparação de alguns resultados entre si. Para efeitos de comparação entre valores percentuais recorreu-se ao teste de independência do *Qui-Quadrado* (χ^2) para fazer a comparação estatística entre os grupos. Trata-se de um teste não paramétrico que permite verificar se as diferenças percentuais encontradas entre os dois grupos são significativas, ou seja, se existe relação/dependência entre as variáveis em estudo. Este teste tem implícitas duas hipóteses: a hipótese nula

(que afirma que as variáveis são independentes, isto é, não apresentam relação entre si), e a hipótese alternativa (que menciona que os resultados são estatisticamente significativos, ou seja, existe dependência/relação entre as variáveis). Pode-se rejeitar a hipótese nula e aceitar a relação entre as variáveis sempre que o nível de significância for igual ou inferior a 0,05 ($p \leq 0,05$).

Para efeitos de comparações de médias recorreu-se ao teste *T* de *Student*, por se mostrar indicado à comparação de médias entre dois grupos independentes. Este teste também tem subjacente as hipóteses nula e alternativa, e pode-se afirmar que existe diferença estatística dos resultados sempre que $p \leq 0,05$, pois pode-se rejeitar a hipótese da igualdade.

Resultados

Caracterização da amostra

A amostra do presente estudo ficou composta por 104 médicos, pertencendo estes maioritariamente ao sexo feminino (mais propriamente 78,8%; n=82). O valor de 21,2% (n=22) é composto por inquiridos do sexo masculino. Ver figura 1.

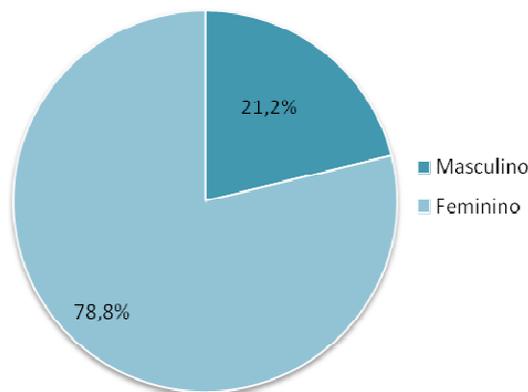


Figura 1 – Sexo dos inquiridos

Relativamente à idade, os participantes apresentam idades compreendidas entre os 25 e os 61 anos, sendo que em média apresentam aproximadamente 38 anos ($m=37,7$; $dp=11,4$). A moda indica que a idade mais frequentemente encontrada é de 26 anos, e a mediana manifesta que pelo menos metade dos inquiridos tem idade igual ou inferior a 33 anos, demonstrando tratar-se de uma amostra relativamente jovem. Ver tabela I.

Tabela I – Idade dos inquiridos

Idade	
n	103
Média	37,7
Mediana	33,0
Moda	26
dp	11,4
Mínimo	25
Máximo	61

A maioria dos participantes apresenta como habilitações académicas a licenciatura, mais concretamente 55,3% (n=57), e o correspondente a 44,7% (n=46) possui o mestrado. Ver figura 2. Também se observa que o equivalente a 58,3% (n=60) exerce funções de Médico de Família e 41,7% (n=43) exerce funções IFE de MGF. Ver figura 3.

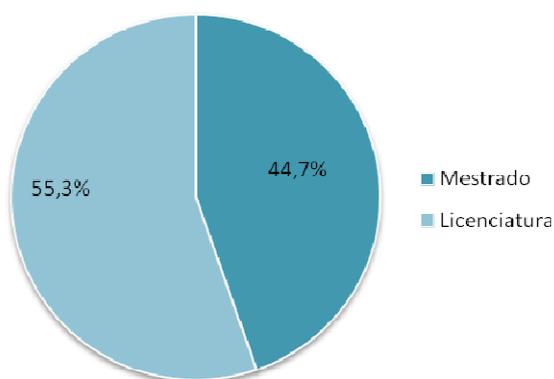


Figura 2 – Habilitações académicas

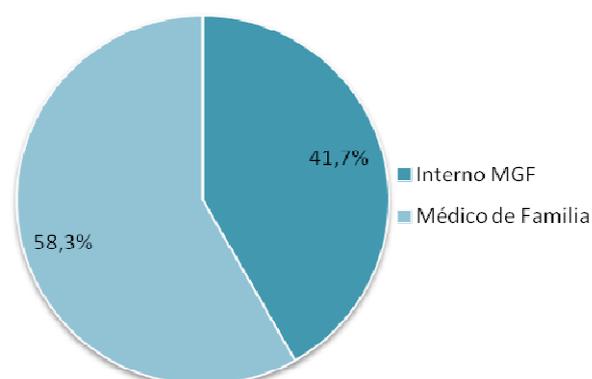


Figura 3 – Funções dos inquiridos

Relativamente à experiência profissional, verifica-se que o período varia entre o início de carreira (zero anos de tempo de serviço) e 37 anos de experiência. Em média os médicos trabalham há mais de 13 anos ($m=13,2$; $dp=11,4$) e mais de 50% dos inquiridos exercem a profissão há 9 anos ou menos, com uma moda situada nos dois anos de experiência profissional. Ver tabela II.

Tabela II – Experiência profissional

Experiência profissional	
n	101
Média	13,2
Mediana	9,0
Moda	2
dp	11,4
Mínimo	0
Máximo	37

Na questão se os participantes realizaram formação pós-graduada na área da nutrição/alimentação verifica-se que a maioria dos médicos respondeu negativamente (71,2%; n=74), e apenas o correspondente a 28,8% (n=30) realizou formação específica na área da nutrição. Ver figura 4.

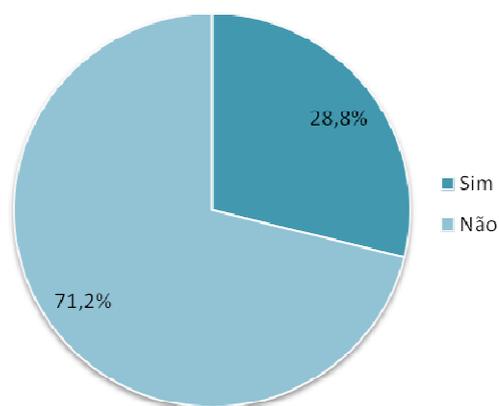


Figura 4 – Formação na área da nutrição/alimentação

Relativamente ao principal motivo pelo qual os profissionais não realizaram formação pós-graduada nesta temática observa-se que a categoria mais apontada pelos inquiridos está relacionada com a inexistência de oportunidade de formação (33,3%; n=25), seguindo-se o desconhecimento de ações de formação nesta área (20%; n=15). O equivalente a 17,3% (n=13) afirma que a área da nutrição não é prioritária para as suas funções e o valor de 16% (n=12) aponta a escassa oferta de formação. Existe ainda a percentagem de 13,3% (n=10) que assinalou não ter tempo para realizar formações. Ver figura 5.

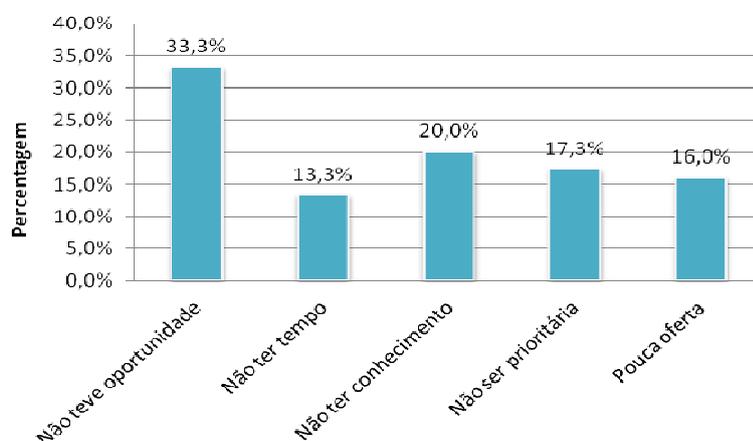


Figura 5 – Principal motivo pelo qual não realizaram formação

A fonte privilegiada dos participantes para a recolha de informação referente à temática da nutrição/alimentação são os congressos, workshops e cursos, categoria apontada por 52,4% (n=54). Destaca-se, ainda, o recurso às revistas científicas (18,4%; n=19) e à internet (13,6%; n=14), e como fontes de informação menos utilizadas a própria experiência profissional (5,8%; n=6) e o recurso a profissionais especializados na área (9,7%; n=10). Ver figura 6.

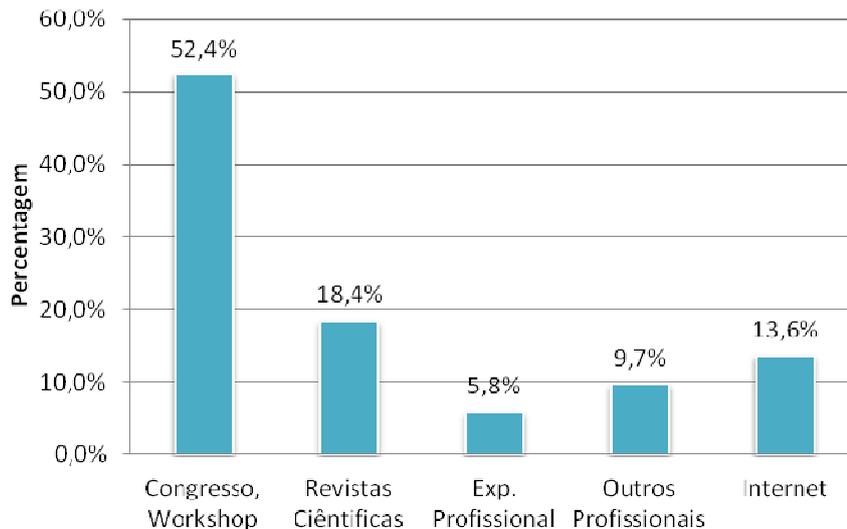


Figura 6 – Fonte privilegiada de informação

No que concerne à estimativa do número de horas, nos últimos três anos, que foram despendidas para realizar cursos, ações de formação e congressos na área da nutrição/alimentação, a percentagem mais expressiva de médicos apontou um período inferior a 4 horas (mais concretamente 58,7%; n=61), seguindo-se os profissionais que despenderam de 4 a 20 horas em formação específica na área (34,6%; n=36). Somente o valor de 5,8% (n=6) referiram que nos últimos três anos despenderam de 21 a 40 horas em formação sobre nutrição, e apenas um médico mencionou um tempo superior a 40 horas de investimento nesta temática (1%). Ver figura 7.

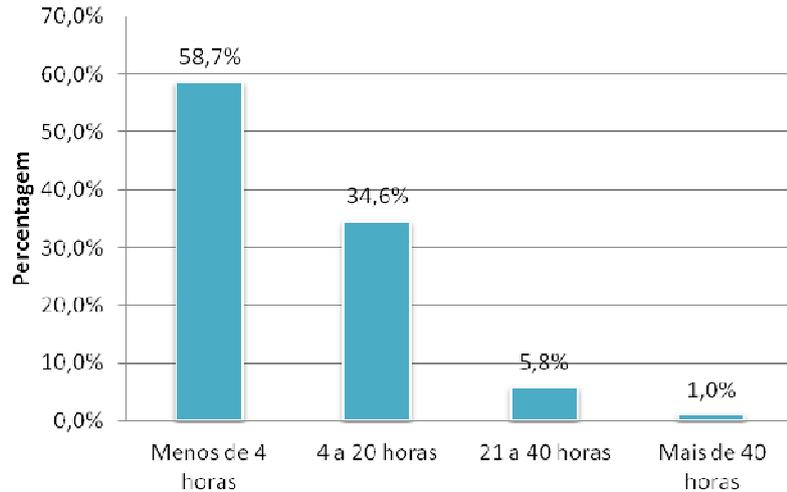


Figura 7 – Nº de horas dispensadas em formação

Por fim, foi questionado aos participantes o tempo médio despendido nas consultas para aconselhar os pacientes sobre alimentação e atividade física, tendo-se constatado que a maior incidência percentual está situada no período de 5 minutos (43,3%; n=45), seguindo-se o tempo de 3 minutos (15,4%; n=16). De facto, ao ter em conta a percentagem acumulada constata-se que o equivalente a 75,1% gasta em média 5 minutos ou menos por consulta com os doentes para abordar a temática da alimentação e exercício físico. Ver figura 8.

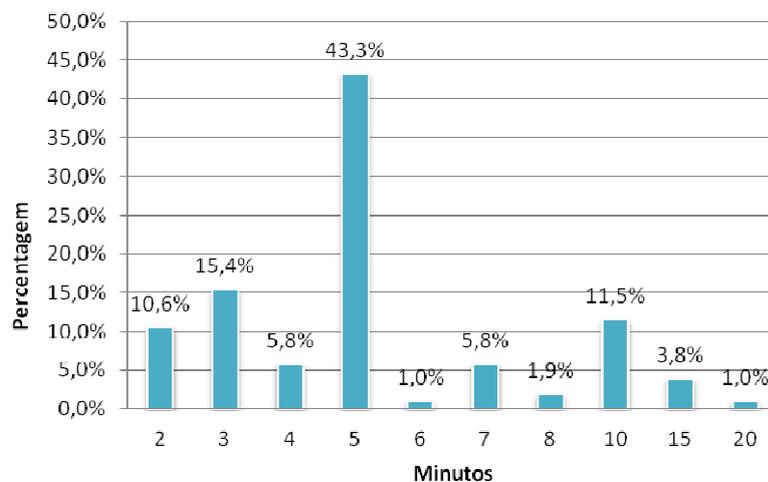


Figura 8 – Tempo médio para aconselhamento sobre alimentação e atividade física

Atitudes, Práticas e Mitos dos Médicos de Família

De seguida, aborda-se detalhadamente os itens que refletem as atitudes dos Médicos de Família relativamente à efetividade do tratamento da obesidade e às mudanças comportamentais dos pacientes obesos, a autoeficácia percebida pelos Médicos de Família no tratamento da obesidade e as principais barreiras destes profissionais na gestão e tratamento desta patologia. Relembrando que se trata de uma escala de *likert* de cinco opções, sendo 1=discordo absolutamente e 5=concordo absolutamente, logo quanto maior a média em cada item maior será o grau de concordância com o mesmo.

Posteriormente, desenvolvem-se os itens referentes às estratégias seguidas pelos Médicos de Família no aconselhamento dado aos seus pacientes sobre hábitos alimentares, entre quatro opções disponíveis (nunca, raramente, muitas vezes e sempre), e que pretende detalhar as estratégias escolhidas pelos inquiridos no aconselhamento dos seus pacientes obesos.

Efetividade do tratamento e comportamento dos doentes

Relativamente aos itens que refletem as atitudes dos Médicos de Família quanto à efetividade do tratamento da obesidade e às mudanças comportamentais dos pacientes obesos, a concordância mais elevada surge nas alegações que afirmam que a obesidade é uma doença ($m=4,7$; $dp=0,6$), que para os pacientes obesos mesmo pequenas perdas de peso possam ser benéficas ($m=4,6$; $dp=0,6$), que a obesidade é uma doença crónica ($m=4,1$; $dp=4,1$; $dp=1,0$) e que a maior parte dos pacientes obesos gostaria de perder peso, mas sente-se frustrado e desorientado, ($m=4,0$; $dp=0,7$).

Os inquiridos manifestam, ainda, um nível intermédio de convicção acerca da eficácia do tratamento farmacológico na obesidade ($m=3,2$; $dp=0,9$) e algum desacordo relativamente às premissas que declaram que os pacientes obesos apenas mudam os seus comportamentos no caso de se sentirem doentes ou se a

sua condição for uma ameaça séria à sua saúde ($m=2,8$; $dp=1,0$) ou que os obesos sejam pessoas preguiçosas e sem motivação comparativamente aos pacientes com peso normativo ($m=2,4$; $dp=1,0$). Globalmente os inquiridos demonstram, também, desacordo relativamente ao facto de que o papel do médico de família seria o de somente referenciar os pacientes obesos a outros profissionais especializados, em vez de os tratar ($m=1,9$; $dp=0,7$) e que apenas os pacientes com obesidade grave deveriam ser submetidos a um tratamento de emagrecimento ($m=1,7$; $dp=0,8$). Ver tabela III.

Tabela III – Média dos itens referentes à efetividade do tratamento e comportamento dos obesos

<i>Item</i>	<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>dp</i>
11. A obesidade é uma doença.	104	4,7	0,6
12. A obesidade é uma doença crónica.	103	4,1	1,0
14. Para os pacientes obesos, mesmo pequenas perdas de peso (5 a 10% do peso inicial) podem se benéficas para a sua saúde.	104	4,6	0,6
15. Apenas os pacientes com obesidade grave deveriam ser submetidos a um tratamento de emagrecimento	104	1,7	0,8
16. Os obesos são pessoas mais preguiçosas e sem motivação, comparativamente aos pacientes normoponderais.	104	2,4	1
17. Os pacientes obesos apenas mudam os seus comportamentos no caso de se sentirem doentes ou se perceberem que a sua condição representa uma ameaça grave à sua saúde e bem-estar.	104	2,8	1
18. A maior parte dos pacientes obesos gostaria de perder peso, mas sente-se, com frequência, frustrados e desorientados.	104	4,0	0,7
19. O papel do Médico de Família é referenciar os pacientes obesos a outros profissionais especializados, em vez de tentar trata-los.	103	1,9	0,7
38. Acredito na eficácia do tratamento farmacológico da obesidade.	103	3,2	0,9

Autoeficácia dos Médicos de Família

Quanto aos itens que expressam a autoeficácia percebida pelos Médicos de Família no tratamento da obesidade, os inquiridos apresentam maior concordância com as afirmações que referem *“Acredito que é importante aconselhar os meus pacientes obesos a perder peso, mesmo na ausência de outros fatores de risco”* (m=4,5; dp=0,5) e *“É da minha responsabilidade ajudar o paciente a mudar o estilo de vida, apoiando-o e motivando-o”* (m=4,4; dp=0,7).

Constata-se também que os médicos concordam substancialmente que são capazes de abordar os benefícios da prática regular de exercício físico com os pacientes obesos (m=4,1; dp=0,7), que acreditam que a maior parte dos seus doentes irá mudar de comportamento se aconselhados nesse sentido (m=4,0; dp=0,7) e que se sentem capazes de elaborar e discutir com os pacientes estratégias para aumentar a sua confiança e motivação para a mudança de comportamento (m=3,7; dp=0,8).

Por sua vez, os participantes demonstram alguma neutralidade relativamente à competência no diagnóstico e tratamento de pacientes obesos e à capacidade de avaliar o estadió de mudança de cada paciente antes de iniciar um aconselhamento alimentar (ambas com m=3,4). Da mesma forma, os profissionais demonstram uma posição imparcial no que respeita à capacidade de avaliar a ingestão alimentar e a prática de atividade física dos pacientes obesos (m=3,3; dp=0,8). Ver tabela IV.

Tabela IV – Média dos itens referentes à autoeficácia dos Médicos de Família

<i>Item</i>	<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>dp</i>
20. A maior parte dos meus pacientes irá mudar de comportamento alimentar se eu os aconselhar nesse sentido.	104	4,0	0,7
21. Sinto-me competente no diagnóstico e tratamento de pacientes obesos.	104	3,4	0,9
22. Sinto-me capaz de avaliar o estadió de mudança de cada paciente antes de iniciar um aconselhamento alimentar.	104	3,4	0,8
23. É da minha responsabilidade ajudar o paciente a mudar o seu estilo de vida, apoiando-o e motivando-o.	104	4,4	0,7
24. Sinto-me capaz para abordar os benefícios da prática regular de exercício físico com os meus pacientes obesos.	104	4,1	0,7
25. Sinto-me capaz de elaborar e discutir com os pacientes estratégias para aumentar a sua confiança e motivação para a mudança de comportamento.	104	3,7	0,8
26. Sinto-me capaz de avaliar a ingestão alimentar e a prática de atividade física dos pacientes obesos.	103	3,3	0,8
32. Acredito que é importante aconselhar os meus pacientes obesos a perder peso, mesmo na ausência de outros fatores de risco.	104	4,5	0,5

Barreiras no tratamento da obesidade

Em relação aos itens que abordam as principais barreiras percecionadas pelos Médicos de Família no tratamento da obesidade, os inquiridos reconhecem a necessidade de ampliar os seus conhecimentos e formação na área da alimentação e nutrição ($m=4,1$; $dp=0,7$) e de ter mais formação sobre farmacoterapia da obesidade ($m=3,8$; $dp=1,0$), bem como assumem que os seus pacientes frequentemente falseiam os seus hábitos alimentares ($m=3,8$; $dp=0,8$).

Manifestam uma fraca convicção relativamente ao facto de sentirem grandes dificuldades na persuasão dos pacientes a mudar o seu estilo de vida ($m=3,3$; $dp=0,9$) e apresentam dúvidas sobre o facto de disporem de tempo suficiente na consulta para abordar com os pacientes questões relacionadas com a alimentação e exercício físico ($m=3,3$; $dp=1,1$).

O acordo dos médicos é menos vincado no que concerne à necessidade dos pacientes de um aconselhamento específico por parte de um profissional especializado sobre alimentação e exercício físico ($m=3,2$; $dp=1,0$).

As opiniões são centrais quanto ao facto de os médicos de família não se encontrarem devidamente preparados para aconselhar os seus pacientes sobre hábitos alimentares e exercício físico ($m=3,0$; $dp=1,0$) e existe igualmente tendência para opiniões pouco vincadas, relativamente à afirmação “*Se devidamente remunerado, estaria disponível a dedicar mais tempo da minha consulta à gestão e tratamento da obesidade*”, pois a média é de 2,9 ($dp=1,2$).

Não consideram o tratamento da obesidade uma tarefa aborrecida ($m=2,1$; $dp=0,9$), da mesma forma que discordam que tratar pessoas com obesidade não é profissionalmente gratificante ($m=2,0$; $dp=0,9$). Por fim, observa-se que a maior discordância surge na afirmação “*Sinto-me desconfortável a fazer um exame físico a um paciente obeso*” ($m=1,9$; $dp=0,9$) e na “*Os pacientes dificilmente perdem peso, logo não vale a pena falar nisso*” ($m=1,5$; $dp=0,7$). Ver tabela V.

Tabela V – Média dos itens referentes às barreiras no tratamento da obesidade

<i>Item</i>	<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>dp</i>
13.Sinto necessidade de ampliar os meus conhecimentos e formação na área da Alimentação/Nutrição	104	4,1	0,7
27. A prevenção da obesidade é uma tarefa aborrecida.	104	2,1	0,9
28. Não disponho de tempo suficiente na minha consulta para abordar questões relacionadas com hábitos alimentares e exercício físico.	104	3,3	1,1
29. Os pacientes dificilmente perdem peso, logo não vale a pena falar nisso.	104	1,5	0,7
30. Sinto grandes dificuldades em persuadir os pacientes a mudar de estilo de vida.	104	3,3	0,9
31. Os pacientes frequentemente mentem sobre a sua ingestão alimentar.	104	3,8	0,8
33. Sinto-me desconfortável a fazer exame físico a um paciente obeso	103	1,9	0,9
34. A maioria dos Médicos de Família não está preparada para aconselhar os seus pacientes sobre hábitos alimentares e atividade física.	104	3,0	1,0
35. Os pacientes necessitam de um aconselhamento específico de um profissional especializado sobre alimentação e exercício físico.	102	3,2	1,0
36. Tratar pessoas obesas não é profissionalmente gratificante.	104	2,0	0,9
37. Sinto necessidade de ter mais formação sobre farmacoterapia da obesidade.	104	3,8	1,0
39. Se devidamente remunerado, estaria disponível a dedicar mais tempo da minha consulta à gestão e tratamento da obesidade	103	2,9	1,2

Estratégias de aconselhamento

Quanto aos itens que exploram as principais estratégias seguidas pelos Médicos de Família no aconselhamento dado aos seus pacientes sobre hábitos

alimentares, verifica-se que os inquiridos aconselham mais frequentemente os seus pacientes a aumentar o dispêndio energético através de atividade física informal ($m=3,7$; $dp=0,5$) e muitas vezes aconselham os utentes a comer menos gordura, a evitar fritos ou assados com gordura, a comer menos alimentos ricos em açúcar, a comer mais fruta e legumes, bem como a praticar exercício físico regular e reduzir consumo de bebidas alcoólicas (todas as categorias com $m=3,5$).

Por algumas vezes os conselhos são no sentido da redução do consumo de alimentos do grupo dos cereais e derivados e tubérculos ($m=3,3$; $dp=0,6$). O conselho abordado com menor regularidade pelos médicos foi o de seguir uma dieta inferior a 1200 Kcal/dia ($m=1,7$; $dp=0,7$). Ver tabela VI.

Tabela VI – Média dos itens referentes às estratégias de aconselhamento

<i>Item</i>	<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>dp</i>
40 - Reduzam a ingestão alimentar.	104	3,2	0,5
41 - Comam menos quantidade de gorduras.	104	3,4	0,6
42 - Comam menos farináceos.	104	3,3	0,6
43 - Evitem alimentos fritos ou assados com gordura.	104	3,5	0,5
44 - Comam menos alimentos ricos em açúcar.	104	3,5	0,5
45 - Reduzam a ingestão de bebidas alcoólicas.	103	3,3	0,7
46 - Aumentem o dispêndio energético através de atividades informais (caminhar, jardinar)	103	3,7	0,5
47 - Reduzam a ingestão de refrigerantes açucarados.	104	3,5	0,7
48 - Sigam uma dieta com 1200 a 2000 Kcal/dia.	101	2,1	0,9
49 - Sigam uma dieta inferior a 1200 Kcal/dia.	101	1,7	0,7
50 - Pratiquem exercício físico regular (correr, nadar, andar de bicicleta).	103	3,5	0,6
51 - Comam mais frutas e produtos hortícolas.	104	3,5	0,6
52- Aprendam a ler os rótulos dos alimentos.	104	2,5	1,0
53- Consultem um nutricionista para lhes traçar um plano alimentar personalizado.	104	2,8	0,5

A última questão do instrumento de recolha de dados convidava os participantes a mencionarem, em resposta aberta, outros possíveis conselhos, não presentes na subescala de aconselhamento de pacientes obesos, que frequentemente forneceriam aos seus utentes. Sendo de ressaltar que a maioria dos profissionais mencionou conselhos relacionados especificamente com os hábitos alimentares como: *“fazer as refeições mais fraccionadas”*, *“aumentar o consumo de fibra nas refeições”*, *“aumentar a ingestão de líquidos”*, em particular de água, *“ comer sopa”* e *“reduzir do consumo de hidratos de carbono no final do dia”*.

Alguns dos inquiridos, mencionam estratégias práticas orientadas para a adoção de hábitos alimentares mais saudáveis, como seja a *“utilização de pratos mais pequenos, como pratos de sobremesa”*, *“não levar os tachos ou travessas para a mesa, preparando o prato na cozinha”* e *“não ver televisão ou estar na frente de um computador durante as refeições”*. Outros optam, ainda, por transmitir conselhos práticos no sentido de sensibilizar os seus utentes para compras saudáveis no supermercado ou mesmo o ensino de técnicas de preparação e confeção saudável das refeições. Por fim, embora com menor regularidade, alguns médicos reforçam conselhos relacionados com o ensino de técnicas de *coping*, motivação e incentivo para a adoção de hábitos alimentares mais saudáveis.

Comparação de resultados

Na comparação das habilitações académicas dos inquiridos por sexo, constatando-se, através da mesma, que no sexo masculino a maioria dos inquiridos tem com habilitações académicas o mestrado (54,5%; n=12), enquanto no grupo feminino a maioria tem licenciatura (58%; n=47). Todavia, as diferenças não são estatisticamente significativas ($\chi^2=1,106$; p=0,209), podendo-se concluir que não existe diferença nas habilitações académicas por sexo do inquirido. Ver tabela VII.

Tabela VII – Comparação das habilitações académicas pelo sexo

		Sexo				Qui-Quadrado	
		Masculino		Feminino		X ²	p
		n	%	n	%		
Habilitações	Licenciatura	10	45,5%	47	58,0%	1,106	,209
Académicas	Mestrado	12	54,5%	34	42,0%		

Relativamente à formação realizada na área da nutrição/alimentação, fonte de informação e estimativa do número de horas despendidas em formação mediante as funções exercidas pelos inquiridos, verifica-se que quer os MF quer os IFE de MGF responderam maioritariamente que não realizaram formação pós-graduada na área da nutrição/alimentação (66,7%; n=40 e 76,7%; n=33). Apesar da presença de formação ser maior no grupo dos MF (33,3%; n=20), a diferença percentual não é significativa ($\chi^2=1,232$; p=0,187), o que permite afirmar que não existe diferença na realização de formação mediante as funções exercidas.

Também se observa que não existe diferença estatística ao nível da fonte de informação ($\chi^2=4,874$; p=0,136), sendo a principal fonte de informação acerca da alimentação para ambos os grupos os congressos, workshops e cursos (53,3%; n=32 e 50%; n=21 respetivamente).

No que se refere ao número de horas despendidas nos últimos 3 anos em formação e congressos sobre nutrição, as diferenças são significativas ($\chi^2=8,150$; p=0,041), podendo-se afirmar que o grupo dos IFE de MGF despendeu de mais horas de formação sobre esta temática, comparativamente aos médicos de família (68,3%; n=41 dos MF assinalou menos de 4 horas, enquanto 48,8%; n=21 dos internos indicou de 4 a 20 horas de formação). Ver tabela VIII.

Tabela VIII – Comparação da formação em nutrição/alimentação pelas funções exercidas

		Funções				Qui-Quadrado	
		Médico de Família		Interno de MGF		X ²	p
		n	%	n	%		
Formação pós-graduada na área da Nutrição/Alimentação	Não	40	66,7%	33	76,7%	1,232	,187
	Sim	20	33,3%	10	23,3%		
Fonte privilegiada de acesso a informação acerca de Alimentação/Nutrição	Congressos, Workshops, Cursos	32	53,3%	21	50,0%	4,874	,136
	Revistas Científicas	14	23,3%	5	11,9%		
	Experiência Profissional	4	6,7%	2	4,8%		
	Outros profissionais especializados na área	4	6,7%	6	14,3%		
	Internet	6	10,0%	8	19,0%		
Estimativa do número de horas despendidas em cursos, ações de formação e congressos	Menos de 4 horas	41	68,3%	19	44,2%	8,150	,041
	4 a 20 horas	15	25,0%	21	48,8%		
	21 a 40 horas	4	6,7%	2	4,7%		
	Mais de 40 horas			1	2,3%		

Relativamente ao tempo médio gasto nas consultas para aconselhamento dos pacientes sobre alimentação e atividade física verifica-se que a média está muito aproximada entre MF e IFE de MGF (m=5,7; dp=3,6 e m=5,5; dp=2,7, respetivamente), e o teste estatístico confirma que não existe diferença do tempo gasto na consulta mediante a função do inquirido (t=0,347; p=0,729). Ver tabela IX.

Tabela IX – Comparação do tempo dispensado para aconselhamento dos pacientes sobre alimentação e atividade física por funções exercidas

Tempo médio para aconselhamento na consulta

Funções	n	Média	dp	Teste t	
				t	p
Médico de Família	60	5,7	3,6	,347	,729
Interno de MGF	43	5,5	2,7		
Total	103	5,6	3,3		

Discussão e Conclusões

Terminada a análise dos resultados obtidos, é possível demonstrar uma carência formativa dos Médicos de Família do ACeS de Matosinhos na área da nutrição/alimentação, sendo que a maioria destes profissionais não realizou formação pós-graduada nesta temática, desfecho que corrobora os estudos descritos anteriormente que avultam a insuficiente formação como uma das numerosas dificuldades na abordagem de pacientes obesos.^{12,13}

Os inquiridos reconhecem a necessidade de ampliar conhecimentos e realizar formação na área da alimentação/nutrição e apontam a inexistência de oportunidades de formação e o desconhecimento de ações de formação nesta área como os principais motivos para justificar a escassa formação, com a maioria a reconhecer depender um período inferior a 4 horas em formação neste tema, nos últimos três anos. Desenlace que vincula os resultados de diversos estudos de investigação que destacam a insatisfação quanto às oportunidades formativas proporcionadas, como sendo uma das barreiras mais citadas à prestação de aconselhamento alimentar.^{12,13,22}

O tempo restrito de consulta em CSP tem sido apontado como sendo um dos fatores limitantes da disponibilidade médica na abordagem de práticas preventivas^{12,22,23}. Paradoxalmente, e não obstante a maioria dos inquiridos disponibilizar uma média de 5 minutos ou menos por consulta para abordar questões relacionadas com a alimentação e atividade física, estes profissionais não demonstraram um claro descontentamento com o tempo que dispõem em consulta para abordar esta temática, nem uma grande disponibilidade para dedicar mais tempo de consulta à gestão e tratamento da obesidade, ainda que devidamente remunerados.

Reconhecem a importância e a responsabilidade médica no aconselhamento e motivação dos pacientes obesos para a mudança de estilo de vida e perda de peso, porém, demonstram alguma incerteza quanto à sua competência no diagnóstico e tratamento de pacientes obesos, bem como à sua capacidade para

avaliar a ingestão alimentar e a prática de atividade física. Resultados que consolidam os sentimentos débeis de autoeficácia e de competência técnica manifestada pelos MF na gestão e tratamento do excesso de peso/obesidade, descritos por diferentes autores.^{11,14,15}

Os nutricionistas são identificados pelos diferentes profissionais de saúde como sendo um recuso valioso, com um papel de destaque no tratamento de doentes com excesso de peso/obesidade, com necessidade de um aconselhamento alimentar personalizado e detalhado.³⁷⁻³⁹ Neste estudo os inquiridos mostraram um nível de convicção intermédio, face à escala utilizada, em reconhecer a necessidade de um aconselhamento específico destes doentes por parte de um profissional especializado sobre alimentação e exercício físico, muito embora reconheçam a sua insuficiente formação e demonstrem alguma incerteza quanto à sua própria capacidade de gestão e tratamento da obesidade. Nível esse de convicção, a explorar em futuros estudos mais aprofundados.

Contraopondo ao descrito na literatura consultada, que sugere que para a maioria dos clínicos gerais os pacientes obesos seriam encarados como preguiçosos, desprovidos de força de vontade e motivação¹⁶⁻¹⁸, os inquiridos neste estudo discordaram com o estereótipo social de que os pacientes obesos seriam pessoas preguiçosas e sem motivação, bem como divergem das premissas que sugerem o tratamento da obesidade como sendo uma tarefa aborrecida e não profissionalmente gratificante.

De ressaltar porém, que, independentemente das capacidades sentidas pelos médicos para lidar com os pacientes obesos, bem como das suas crenças ou conhecimentos, estes profissionais aconselham com bastante frequência os doentes acerca dos hábitos alimentares, confirmando os pressupostos apresentados em diferentes estudos que afirmam que os Médicos de Família reconhecem a obesidade como um problema de saúde significativo e que justifica a sua abordagem.^{20,26}

Este estudo possui diversas limitações, nomeadamente a sua implementação em uma amostra não aleatória de conveniência e restrita à população de Médicos de Família do ACeS de Matosinhos, o que permite inferir conclusões apenas em relação a estes profissionais, não sendo possível a extrapolação dos resultados obtidos. Poderá, também, existir um viés de selecção já que os questionários poderão ter sido preenchidos tendencialmente por profissionais mais interessados nesta temática e dispostos a participar em estudos de investigação. A relutância em declarar limitações, falta de confiança e proficiência no tratamento dos pacientes obesos poderão igualmente contribuir como limitações para o presente estudo.

Espera-se, assim, que os resultados obtidos neste estudo venham a ter implicações tanto a nível profissional como organizacional, podendo esta ser uma ferramenta de apreciação e consciencialização para o desenvolvimento de futuras estratégias formativas no ACeS de Matosinhos, com vista à promoção de conhecimentos teóricos e competências práticas que constituam ferramentas de prevenção e tratamento da obesidade, que motivem os profissionais de saúde para esta atividade preventiva e os dote de meios efetivos para a gestão e tratamento desta doença.

Como proposta de melhoria contínua, e realçando a importância deste trabalho pioneiro na área dos Cuidados de Saúde Primários e mais propriamente no domínio da Medicina Geral e Familiar, sugere-se uma futura análise comparativa da realidade vivenciada no âmbito das práticas, atitudes e mitos dos Médicos de Família dos diferentes ACeS do nosso país, na perspectiva de um futuro estudo multicêntrico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Obesity and overweight; 2011. [cited 2014 May 5]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets>.
2. Carmo I, Santos O, et al. Overweight and Obesity in Portugal: national prevalence in 2003-2005. *Obesity Reviews*. 2008; 9:11-19.
3. Poínhos R, Franchini B, et al. Alimentação e Estilos de Vida da População Portuguesa: Metodologia e Resultados Preliminares. *Alimentação Humana*. 2009; 15(3): 43-60.
4. Direção Geral de Saúde. Portugal: Alimentação Saudável em números – 2013. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. 2013; 2183-0738.
5. World Organization of National Colleges, Academies (WONCA). A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar. 2002.
6. European Academy of Teachers in General Practice (EURACT). The European Definition of General Practice/Family Medicine. 2005.
7. Kristeller J, Hoer R. Physicians attitudes toward managing obesity: differences among six specialty groups. *Prev Med*. 1997;26:542-9.
8. 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.

9. Ogden J. Obesity treatment. In: Ogden J, editor. The psychology of eating: from healthy to disordered behavior. New York: Blackwell; 2009; 180-210.
10. Epstein L, Ogden J. A qualitative study of GP' views of treating obesity. Br J Gen Pract. 2005;55:750-4.
11. Fogelman Y, Vinker S, Lachter J, et al. Managing obesity: a survey of attitudes and practices among Israeli primary care physicians. Int J Obes. 2002;26:1393-97.
12. Flores S, et al. Training in dietetics and nutrition from the point of view of the primary care physician. Nutr Hosp. 2000;15(2):45-50. CC
13. Brotons C, et al. Dietary advice in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. Am J Clin Nutr. 2003; 77:1048S-51S.
14. Ferrante J, Piasecki A, Ohman-Strickland P, et al. Family physicians' practices and attitudes regarding care of extremely obese patients. Obesity. 2009;17:1710-6.
15. Foster G, Wadden T, Makris A, Davidson D, et al. Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment. Obes Res. 2003; 11:1168-77.
16. Bocquiers A, et al. Overweight and Obesity: Knowledge, Attitudes and Practices of General Practitioners in France. Obes Res. 2005, 13: 787-795.

17. Meck H, et al. Barriers to nutrition education for older adults, and nutrition and aging training opportunities for educators, healthcare providers, volunteers and caregivers. *J Nutr Elder*. 2004; 23(4):99-121.
18. Moore H, et al. Nutrition and the health care agenda: a primary care perspective. *Family Practice*. 2000;17(2):197-202.
19. Dutton G, Perri M, et al. Comparison of physician weight loss goals for obese male and female patients. *Prev Med*. 2010;50:186-8.
20. Frank A. Futility and avoidance: medical professionals in the treatment of obesity. *JAMA*. 1993; 269:2132–3.
21. Ogden J, Bandara I, Cohen H, et al. General practitioners' and patients' models of obesity: whose problem is it? *Patient Educ Couns*. 2001;44:227-33.
22. Al-Ghawi, A, et al. Study of the knowledge, attitudes and practices of physicians towards obesity management in primary health care in Bahrain. *Public Health Nutrition*. 2009;12(10): 1791 -1798.
23. Ory M, et al. Lifestyle discussions during doctor-older patient interactions: the role of time in the medical encounter. *MedGenMed*. 2007; Dec 4;9(4):48.
24. Leverence R, et al. Obesity Counseling and Guidelines in Primary Care. A Qualitative Study. *Am J Prev Med*. 2007; 32 (4): 334-339.

25. Hiddink GJ, et al. Consumers' expectations about nutrition guidance: the importance of primary care physicians. *Am J Clin Nutr* 1997;65(suppl):1974S-9S.
26. Puhl R, et al. Weight bias among dietetics students: implications of treatment practices. *J Am Diet Assoc*. 2009; 109:438-44.
27. Hebl M, Xu J. Weighing the care: physicians' reactions to the size of a patient. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2001;25:1246–52.
28. Maddox G, Lederman V. Overweight as a social disability with medical implications. *J Med Educ*. 1969; 44:214–20.
29. Price J, Desmond S, et al. Family practice physicians' beliefs, attitudes, and practices regarding obesity. *Am J Prev Med*. 1987; 3:339–345.
30. Adams CH, Smith NJ, Wilbur DC, Grady KE. The relationship of obesity to the frequency of pelvic examinations: do physician and patient attitudes make a difference? *Women Health*. 1993;20:45–57.
31. Harvey E, Hill A. Health professionals' views of overweight people and smokers. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2001;25:1253–61.
32. National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE clinical guidance 43. Obesity: guidance on the prevention, identification, assessment and

management of overweight and obesity in adults and children. 2006. [cited 2014 May 29]. Available from: <http://www.nice.org.uk/nicemedial/pdf/CG>.

33. Academy of Medical Royal Colleges. Measuring Up: The Medical Professions Prescription for the Nation's Obesity Crisis. 2013. Disponível em: http://www.aomrc.org.uk/publications/reports-a-guidance/doc_details
34. Swift J, Choi E, et al. Talking about obesity with clients: Preferred terms and communication styles of UK pre-registration dietitians, doctors and nurses. *Patient Education and Counseling*. 2013; 91:186-191.
35. Swift J, Hanlon S, et al. Weight bias among UK trainee dietitians, doctors, nurses and nutritionists. *J Hum Nutr Diet*. 2012.
36. Rego M. Conhecimentos, Atitudes e Práticas dos Médicos e Enfermeiros, dos Cuidados de Saúde Primários, no Tratamento da Obesidade: Existe uma Associação com as Práticas Pessoais de Atividade Física? Dissertação de Mestrado em Saúde Pública- 11ª Edição. Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa; 2010.
37. Leverence R, et al. Obesity Counseling and Guidelines in Primary Care. A qualitative Study. *Am J Prev Med*. 2007; 32 (4): 334-339.
38. Moore H, et al. Nutrition and the Health care agenda: a primary care prespective. *Family Practice*. 2000; 17(2):197-202.

39. Glanz K. Review of Nutricional attitudes and counseling practices of primary care physicians. *Am J Clin Nutr.* 1997; 65 (suppl):2016S-9S.

Anexos

Anexo A



- QUESTIONÁRIO -

Atitudes, práticas e mitos dos Médicos de Família do ACES
de Matosinhos face à obesidade

Caro Profissional de Saúde:

No âmbito do Mestrado em Nutrição Clínica, da Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, tenciono desenvolver um trabalho de investigação subordinado ao tema “Atitudes, práticas e mitos dos Médicos de Família do ACES de Matosinhos face à obesidade”.

Como tal, solicito a sua colaboração no preenchimento deste questionário.

Informo também que:

- O questionário é destinado a todos os **Médicos de Família e Internos de Formação Específica de MGF a exercer funções no ACES de Matosinhos** e que se disponibilizem a preenchê-lo;
- O questionário é anónimo e todas as respostas são confidenciais;
- O preenchimento demora habitualmente cerca de 10 minutos;
- Após o preenchimento agradeço que coloque o seu questionário na urna destinada a esse efeito;
- De modo a não influenciar as respostas dos restantes participantes, peço-lhe que não comente com os mesmos o teor do questionário até à sua entrega.

Qualquer esclarecimento adicional dirija-se à investigadora presente no local.

Agradeço desde já a sua colaboração e tempo dispendido.

Assinale com uma cruz (X) o que melhor se adequa à sua situação pessoal

1. **Sexo:** _____ Masculino _____ Feminino

2. **Idade:** _____

3. **No presente momento exerce funções de:**

_____ Médico de Família _____ Interno de MGF

4. **Ano de conclusão da sua formação pré-graduada:** _____

5. **Habilitações Académicas:**

_____ Licenciatura _____ Mestrado _____ Doutoramento

6. **Alguma vez teve formação pós-graduada na área da Nutrição/Alimentação?**

_____ Não (Avance para a questão 7) _____ Sim (Avance para a questão 8)

7. **Se não teve formação pós-graduada na área da Alimentação/ Nutrição, qual o motivo? (assinale a que considerar mais importante)**

_____ Não ter oportunidade de formação

_____ Não ter tempo para formação

_____ Não ter conhecimento de ações de formação nesta área

_____ Não ser uma área prioritária para as suas funções

_____ Pouca oferta de formação

_____ Outra. Qual? _____

**8. Qual a sua fonte privilegiada de acesso a informação acerca de Alimentação/ Nutrição?
(assinale a que considerar mais importante)**

_____ Congressos, Workshops, Cursos

_____ Revistas Cientificas

_____ Experiência profissional

_____ Outros profissionais especializados nas áreas

_____ Revistas generalistas

_____ Televisão

_____ Internet

_____ Outra. Qual? _____

9. Indique uma estimativa do número de horas por si despendidas, nos últimos 3 anos, em cursos, ações de formação e congressos, relacionados com a área da Alimentação/Nutrição?

_____ Menos de 4 horas

_____ 4 a 20 horas

_____ 21 a 40 horas

_____ Mais de 40 horas

10. Quando fornece conselhos sobre alimentação e atividade física, quanto tempo, em média, gasta a abordar estas questões na sua consulta?

_____ Minutos

Relativamente às seguintes questões, por favor, assinale a alternativa que lhe parece traduzir melhor a sua opinião.

		Concordo absolutamente	Concordo	Não concordo, nem discordo	Discordo	Discordo absolutamente
11	A obesidade é uma doença.					
12	A obesidade é uma doença crónica.					
13	Sinto necessidade de ampliar os meus conhecimentos e formação na área da Alimentação/Nutrição					
14	Para os pacientes obesos, mesmo pequenas perdas de peso (5 a 10% do peso inicial) podem se benéficas para a sua saúde.					
15	Apenas os pacientes com obesidade grave deveriam ser submetidos a um tratamento de emagrecimento.					
16	Os obesos são pessoas mais preguiçosas e sem motivação, comparativamente aos pacientes normoponderais.					
17	Os pacientes obesos apenas mudam os seus comportamentos no caso de se sentirem doentes ou se perceberem que a sua condição representa uma ameaça grave à sua saúde e bem-estar.					
18	A maior parte dos pacientes obesos gostaria de perder peso, mas sente-se, com frequência, frustrados e desorientados.					
19	O papel do Médico de Família é referenciar os pacientes obesos a outros profissionais especializados, em vez de tentar trata-los.					
20	A maior parte dos meus pacientes irá mudar de comportamento alimentar se eu os aconselhar nesse sentido.					

		Concordo absolutamente	Concordo	Não concordo, nem discordo	Discordo	Discordo absolutamente
21	Sinto-me competente no diagnóstico e tratamento de pacientes obesos.					
22	Sinto-me capaz de avaliar o estadio de mudança de cada paciente antes de iniciar um aconselhamento alimentar.					
23	É da minha responsabilidade ajudar o paciente a mudar o seu estilo de vida, apoiando-o e motivando-o.					
24	Sinto-me capaz para abordar os benefícios da prática regular de exercício físico com os meus pacientes obesos.					
25	Sinto-me capaz de elaborar e discutir com os pacientes estratégias para aumentar a sua confiança e motivação para a mudança de comportamento.					
26	Sinto-me capaz de avaliar a ingestão alimentar e a prática de atividade física dos pacientes obesos.					
27	A prevenção da obesidade é uma tarefa aborrecida.					
28	Não disponho de tempo suficiente na minha consulta para abordar questões relacionadas com hábitos alimentares e exercício físico.					
29	Os pacientes dificilmente perdem peso, logo não vale a pena falar nisso.					
30	Sinto grandes dificuldades em persuadir os pacientes a mudar de estilo de vida.					

		Concordo absolutamente	Concordo	Não concordo, nem discordo	Discordo	Discordo absolutamente
31	Os pacientes frequentemente mentem sobre a sua ingestão alimentar.					
32	Acredito que é importante aconselhar os meus pacientes obesos a perder peso, mesmo na ausência de outros fatores de risco.					
33	Sinto-me desconfortável a fazer exame físico a um paciente obeso					
34	A maioria dos Médicos de Família não está preparada para aconselhar os seus pacientes sobre hábitos alimentares e atividade física.					
35	Os pacientes necessitam de um aconselhamento específico de um profissional especializado sobre alimentação e exercício físico.					
36	Tratar pessoas obesas não é profissionalmente gratificante.					
37	Sinto necessidade de ter mais formação sobre farmacoterapia da obesidade.					
38	Acredito na eficácia do tratamento farmacológico da obesidade.					
39	Se devidamente remunerado, estaria disponível a dedicar mais tempo da minha consulta à gestão e tratamento da obesidade					

Relativamente às seguintes questões, por favor, assinale a alternativa que lhe parece traduzir melhor a sua opinião.

Aconselho os pacientes obesos para que:	Nunca	Raramente	Muitas vezes	Sempre
40. Reduzam a ingestão alimentar.				
41. Comam menos quantidade de gordura.				
42. Comam menos farináceos.				
43. Evitem alimentos fritos ou assados com gordura.				
44. Comam menos alimentos ricos em açúcar.				
45. Reduzam a ingestão de bebidas alcoólicas.				
46. Aumentem o dispêndio energético através de atividades informais (caminhar, jardinar).				
47. Reduzam a ingestão de refrigerantes açucarados.				
48. Sigam uma dieta com 1200 a 2000 Kcal/dia.				
49. Sigam uma dieta inferior a 1200 Kcal/dia.				
50. Pratiquem exercício físico regular (correr, nadar, andar de bicicleta).				
51. Comam mais frutas e produtos hortícolas.				
52. Aprendam a ler os rótulos dos alimentos.				
53. Consultem um nutricionista para lhes traçar um plano alimentar personalizado.				

54. Outros conselhos que habitualmente dá aos seus pacientes obesos e que não se encontrem disponíveis na lista anterior: _____

Obrigada pela sua colaboração