



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Nutrição
Programa de Pós-Graduação em Nutrição Humana

O nutricionista e o cuidado ao indivíduo com excesso de peso na atenção básica do
Distrito Federal

Ana Luisa Souza de Paiva

Brasília – DF
Novembro de 2016

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Nutrição
Programa de Pós-Graduação em Nutrição Humana

O nutricionista e o cuidado ao indivíduo com excesso de peso na atenção básica do
Distrito Federal

Ana Luisa Souza de Paiva

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Nutrição Humana da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília como requisito para obtenção do título de Mestre em Nutrição Humana.

Orientadora: Profa. Dra. Elisabetta Recine

Brasília – DF
Novembro de 2016

Ana Luisa Souza de Paiva

**O nutricionista e o cuidado ao indivíduo com excesso de peso na atenção básica do
Distrito Federal**

Dissertação de Mestrado defendida em 21/11/2016 perante banca examinadora
constituída por:

Profª Drª Elisabetta Recine - Presidente

Programa de Pós-Graduação em Nutrição Humana (PPGNH/UnB)

Profª Drª Maria Angélica Tavares de Medeiros

Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP

Profª Drª Andrea Sugai Mortoza

Universidade Federal de Goiás – UFG

Profª Drª Bethsáida de Abreu Soares Schmitz (Suplente)

Universidade de Brasília - UNB

Brasília – DF

Novembro, de 2016

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me sustentado diariamente em todas as dimensões da vida, renovando a cada manhã a esperança e a alegria no coração mesmo diante dos desafios e das dúvidas. Obrigada, meu Pai, porque tenho experimentado Sua fidelidade, Seu amor e Sua redenção cotidianamente.

Agradeço de forma muito especial ao meu marido Bruno, com quem tenho vivido o amor mais amigo. Meu amor, você foi e tem sido meu maior incentivador desde o início desse projeto e tudo isso não seria possível sem seu apoio, orientações, sorrisos e amor. Obrigada por nosso casamento ter sido esse lugar de refúgio, refrigerio e acolhimento nessa jornada.

Agradeço à minha família, em especial aos meus amados pais, Sandra e Lenilson, pelo amor incondicional e por me ensinarem a perseverar ante aos desafios e caminhar com integridade. Vocês são meus maiores exemplos de vida. Marcelo e Karina, meus queridos irmão e cunhada, obrigada por todo apoio, carinho e amizade de vocês.

Agradeço aos meus sogros, Leides e Valter, e aos meus cunhados Gui, Fil e Ju pelo acolhimento, ajuda e incentivos demonstrados. Vocês são presentes de Deus na minha vida.

Agradeço aos meus preciosos amigos de Grupos de Vida e Cheetas que sempre estiveram presentes, aliviando a tensão ao longo da caminhada com seus sorrisos, brincadeiras e conselhos.

Agradeço às colegas de trabalho da CGAN e do Ministério que tanto me ajudaram a lapidar esse projeto. Todas as conversas, ajudas e compartilhamento de experiências foram preciosos.

Gostaria de agradecer à minha querida orientadora Elisabetta Recine que, de forma tão singular, caminhou comigo durante o mestrado. Obrigada por ter acreditado e por ter aceito o desafio de me ajudar a escolher a semente, preparar o solo, plantar, regar e colher esse bonito fruto, mesmo em meio a períodos de seca e de dúvidas se tudo isso daria certo. Você me inspira, Betta.

Agradeço à professora Carolina Lopes Araújo, que me ajudou em um momento crítico do trabalho na análise dos dados com o Nvivo. Obrigada por sua disponibilidade, nossas conversas e todos os materiais colocados à disposição.

Agradeço à banca de qualificação, professoras Maria Angélica, Ximena Pâmela e Bethsaida, pela riquíssima colaboração com meu trabalho.

Agradeço à equipe da GENUT/SES-DF que me acolheu de forma tão gentil e que não poupou esforços para viabilizar a pesquisa. Obrigada pela ajuda imprescindível de vocês!

Agradeço de forma especial aos nutricionistas que aceitaram participar dessa pesquisa e que me receberam tão bem! Obrigada por compartilharem comigo suas experiências bonitas e difíceis do cotidiano de trabalho.

RESUMO

O objetivo do trabalho é compreender a percepção dos nutricionistas atuantes na atenção básica (AB) quanto aos determinantes do excesso de peso (EP), as ações desenvolvidas e os desafios percebidos para realização de um cuidado integral a esses indivíduos. Trata-se de um estudo de caráter qualitativo, realizado por meio de entrevistas semiestruturadas com nutricionistas atuantes na AB do Distrito Federal. A análise das entrevistas foi realizada por meio da análise de conteúdo, tendo por referência a Teoria das Representações Sociais, utilizando-se de uma ferramenta conceitual de análise do comportamento denominado *Theoretical Domains Framework (TDF)*. Foram entrevistados 16 nutricionistas que expressaram compreensão principalmente dos determinantes proximais do EP; realização de ações de cuidado ainda desenvolvidas apenas pelo nutricionista e identificaram como baixa a eficácia do cuidado. Frente à possibilidade de um cuidado mais integral, foram identificadas barreiras quanto ao conhecimento e habilidades, quanto à organização dos processos de trabalho e quanto ao trabalho multiprofissional. Conclui-se que, para garantia de um cuidado ao indivíduo com EP mais efetivo na AB, os profissionais identificam como necessárias melhorias conjuntas no campo da formação profissional, na consolidação de um modelo de atenção adequado às condições crônicas e na conformação de equipes multiprofissionais.

Palavras-chaves: nutricionista, atenção básica, obesidade, assistência à saúde, integralidade.

ABSTRACT

The purpose of this study is to comprehend the perception of the primary health care nutritionists concerning overweight determinants, development of actions and perceived challenges towards a broader and more integrative health care approach. This is a qualitative study, which was carried out through semistructured interviews with primary health care nutritionists of Brazil's Federal District. Content and thematic analyses were used to analyse the interviews using the Theoretical Domains Framework (TDF). Sixteen nutritionists were interviewed, resulting in a limited comprehension of overweight determinants, low effectiveness and fragmented health interventions. Given the possibility of a more comprehensive care, barriers were identified related to knowledge and skills acquired, organization of work processes and multidisciplinary work in the health team. We conclude that, to guarantee a more effective overweight management in primary health care, joint improvements in the field of vocational training, consolidation of an appropriate chronic condition model of care and formation of multidisciplinary teams are required characteristics.

Keywords: nutritionist, primary health care, obesity, health care, integrality

Lista de abreviaturas e siglas

AB – Atenção Básica

ACC - *American College of Cardiology*

AHA – *American Heart Association*

CAISAN – Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional

CAPs - Centros de Atenção Psicossocial

CNDSS - Comissão Nacional de Determinantes Sociais em Saúde

CONSEA – Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

CRAS - Centros de Referência de Assistência Social

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

EP – Excesso de Peso

ESF – Estratégia Saúde da Família

GENUT – Gerência de Nutrição

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC – Índice de Massa Corporal

INFORMAS - Rede Internacional para Pesquisa, Monitoramento e Apoio em Obesidade e Doenças Não Transmissíveis

LC – Linha de Cuidado

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PNDS - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

POF – Pesquisa de Orçamentos Familiares

PSC – Projeto de Saúde Coletiva

PSF – Programa Saúde da Família

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDF – Theoretical Domains Framework

TOS - The Obesity Society

Vigitel - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Lista de Quadros

Quadro. Domínios do *Theoretical Domains Framework(TDF)*, definições e usos na pesquisa com os nutricionistas da atenção básica do Distrito Federal. 2016.

Quadro do Artigo

Quadro. Barreiras e desafios para o cuidado ao indivíduo com excesso a partir dos domínios do *Theoretical Domains Framework(TDF)*. Distrito Federal, 2016.

Lista de Figuras

Lista de Figuras do Artigo

Figura 1. Ações desenvolvidas pelos nutricionistas de equipes tradicionais da atenção básica. Distrito Federal, 2016.

Figura 2. Ações desenvolvidas pelos nutricionistas de equipes de apoio à Estratégia Saúde da Família. Distrito Federal, 2016.

Figura 3. Ações desenvolvidas pelos nutricionistas de equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Distrito Federal, 2016.

Sumário

APRESENTAÇÃO.....	12
INTRODUÇÃO	14
REVISÃO DA LITERATURA	19
A OBESIDADE NO MUNDO E NO BRASIL	19
ATENÇÃO BÁSICA E O PROFISSIONAL NUTRICIONISTA.....	27
O CUIDADO AO INDIVÍDUO COM EXCESSO DE PESO NA ATENÇÃO BÁSICA E DESAFIOS DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL	31
OBJETIVOS	40
OBJETIVO GERAL	40
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	40
MÉTODOS.....	41
Sujeitos	41
Aspectos éticos.....	42
Procedimento de coleta de dados	43
Instrumentos e referencial teórico-metodológico.....	43
Análise dos dados.....	52
RESULTADOS E DISCUSSÃO	55
Artigo 1.....	55
Título: O nutricionista e o cuidado ao indivíduo com excesso de peso na atenção básica do Distrito Federal.....	55
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
REFERÊNCIAS.....	88
ANEXO I – <i>Theoretical Domains Framework</i> (TDF). Adaptado de Michie, 2005 e Cane, 2012.	102
Anexo II – Roteiro de entrevista.....	105
ANEXO III - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.....	109
ANEXO IV – Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz Para Fins de Pesquisa.....	111

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação foi apresentada ao Programa de Pós Graduação em Nutrição Humana, da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília. O trabalho foi estruturado de forma a permitir uma discussão sobre o problema do excesso de peso na população brasileira e o papel da atenção básica e de seus profissionais, em especial o nutricionista, no cuidado aos indivíduos com esse agravo.

Inicia-se com uma revisão bibliográfica sobre o panorama atual do excesso de peso no Brasil e no mundo, destacando o debate sobre seus determinantes, seu impacto no desenvolvimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e os esforços nacionais e internacionais para o enfrentamento do problema.

Segue-se com a apresentação do papel da atenção básica no desenvolvimento de ações para o cuidado à saúde dos indivíduos, situando o papel do nutricionista e o seu processo de inserção no cuidado à saúde nesse *locus* de atenção.

A revisão culmina na apresentação dos desafios para o cuidado ao indivíduo com excesso na atenção básica, identificando lacunas e barreiras a serem enfrentadas para a garantia de um cuidado mais efetivo e integral, perpassando temas como formação profissional, Rede de Atenção à Saúde, abordagens, dentre outros.

O estudo teve como objetivo identificar os fatores que influenciam o cuidado aos indivíduos com excesso de peso realizado por nutricionistas da atenção básica do Distrito Federal. Buscou-se compreender, a partir de uma abordagem qualitativa, quais as percepções que os profissionais têm sobre o excesso de peso, como eles se engajam no enfrentamento do problema e quais barreiras são percebidas. Para tanto, foi conduzido um primeiro bloco de perguntas para delineamento do cenário sobre como a temática do excesso de peso se apresenta no âmbito da atenção básica do Distrito Federal, em relação à compreensão quanto aos seus determinantes, identificação das ações desenvolvidas, principais resultados dessas ações e levantamento dos desafios para um cuidado mais efetivo.

A partir da apresentação do conceito e das ações que integram o cuidado ao indivíduo com excesso de peso na atenção básica segundo as diretrizes do Ministério da

Saúde, partiu-se para a identificação das barreiras e desafios para a realização desse cuidado, utilizando-se do *Theoretical Domains Framework* (TDF), um quadro teórico que busca mapear a natureza dos fatores que influenciam na possibilidade de realização de determinado(s) comportamento(s) por parte dos profissionais.

Estes resultados foram reunidos em um artigo submetido à Revista Ciência e Saúde Coletiva.

A escolha desse tema é decorrência dos questionamentos e inquietações da autora no âmbito de sua atuação profissional no Ministério da Saúde, especificamente na área que procura delinear estratégias, no campo da alimentação e nutrição, para prevenção e controle do excesso de peso. Diante da realidade de que nenhum país ainda conseguiu diminuir as prevalências de sobrepeso e obesidade, buscou-se aprofundar o conhecimento sobre o quê, especificamente relacionado aos cuidados em saúde no SUS, tem contribuído ou não no desenvolvimento de ações mais efetivas de prevenção e tratamento do excesso de peso.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), principalmente as doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes e câncer têm aumentado no mundo todo, afetando de maneira mais perversa ainda países de baixa e média renda. Os impactos do aumento das DCNT resultam em uma mortalidade que corresponde a 63% das causas de todas as mortes no mundo, maior causa de mortes prematuras, elevada perda da qualidade de vida, limitações nas atividades de trabalho e de lazer (MALTA et al, 2011). As DCNT compartilham diversos fatores de risco modificáveis e sua prevenção requer políticas públicas intersetoriais que atuem sobre seus múltiplos fatores e sistemas de saúde que respondam de maneira mais efetiva e equânime ao cuidado desses indivíduos e prevenção entre os indivíduos ainda saudáveis(WHO, 2013).

Dentre os principais fatores de risco modificáveis, a alimentação inadequada e baixo nível de atividade física configuram-se como principais responsáveis pelo sobrepeso e obesidade que, por sua vez, aumentam o risco do desenvolvimento de diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares e alguns tipos de câncer. Considerado inicialmente como um problema dos países desenvolvidos, atualmente a obesidade tem crescido de maneira mais acentuada em países de baixa renda e em desenvolvimento, tornando seu enfrentamento ainda mais complexo frente à existência concomitante da desnutrição, seja na mesma população ou ainda no mesmo indivíduo (DIETZ, 2015; WHO, 2015).

A Organização Mundial de Saúde compreende a obesidade como uma doença, definindo-a como resultante de consumo energético maior do que o gasto, conseqüentemente levando a um acúmulo de gordura no organismo. No entanto, outras perspectivas têm sido discutidas, enfatizando principalmente as dimensões sociais do excesso de peso, nas quais as dimensões de estigma, discriminação e significações sociais de sucesso e riqueza estão envolvidas (ULJASZEK, 1995). De qualquer modo, cada vez mais compreende-se que a etiologia do sobrepeso e obesidade é complexa e envolve fatores psicológicos, comportamentais, sociais, econômicos, dentre outros, que interagem e favorecem o ganho de peso (WRIGHT & ARONNE, 2012). A maneira

como se compreende e aborda a obesidade é fator primordial para a definição de estratégias de enfrentamento e no delineamento de ações para prevenção e tratamento.

A compreensão de que fatores sociais e ambientais influenciam na saúde das pessoas não é algo recente, já tendo sido reconhecida, desde o século XIX, a relação entre as condições de vida e desfechos em saúde. O Relatório da Comissão Nacional de Determinantes Sociais em Saúde (CNDSS), citando modelo proposto por Dahlgren e Whitehead (1991) que sistematiza a relação das condições socioeconômicas, culturais e ambientais de uma dada sociedade sobre a saúde, expressa que a distribuição das situações de saúde e doença em uma população não é aleatória, estando associada a condições de vida e de trabalho que geram impactos na saúde de indivíduos e de grupos populacionais (BRASIL, 2008). Nesse sentido, a análise da situação de saúde deve compreender não apenas seus aspectos biológicos, mas também a situação e tendência da evolução demográfica, social e econômica; estratificação socioeconômica; condições de vida, ambiente e trabalho; comportamentos e modos de vida. Esses aspectos estão intimamente associados com as transições epidemiológicas ocorridas nas últimas décadas, especialmente em relação ao rápido aumento das doenças crônicas não transmissíveis.

A mudança no perfil nutricional da população vincula-se a mudanças nos padrões alimentares, de vida, sociais, econômicos e ambientais, interligados por um contexto de intensa globalização (KLEINERT & HORTON, 2015). Relatório publicado em 2015 pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) mostrou que de 2000 a 2013, houve um aumento de 26,7% na venda de produtos ultraprocessados na América Latina, fato associado também com o aumento do sobrepeso nos 13 países latino-americanos estudados (PAHO, 2015). O aumento na produção de alimentos ultraprocessados – com altos teores de açúcar, sódio e gordura – tem sido cada vez mais vinculado a práticas agressivas de marketing, especialmente direcionados ao público infantil. Neste contexto de globalização, destacam-se mudanças sociais que impactam nas prevalências de excesso de peso como a intensa urbanização, maior acesso a bens de consumo, desenvolvimento social coexistindo com cenários de pobreza em países de renda média e baixa (TARDIDO, 2006; SWINBURN, 2011).

No Brasil, observa-se uma participação crescente de alimentos ultraprocessados em detrimento de alimentos naturais na alimentação do brasileiro, associados a um

estilo de vida cada vez mais sedentário inclusive nas classes de renda mais baixa (MONTEIRO, 2011). Estudo realizado a partir dos dados das Pesquisas de Orçamentos Familiares de 1987-1988, 1995-1996, 2002-2003 e 2008-2009 sobre a aquisição de alimentos nos domicílios brasileiros, mostrou que entre 2002-2003 e 2008-2009 houve aumento de 20,8% para 25,4% do consumo de alimentos ultraprocessados (MARTINS,2013). A contribuição dos alimentos ultraprocessados na disponibilidade de calorias na dieta do brasileiro variou de 15,4% a 39,4%, havendo associação positiva entre o consumo de ultraprocessados e prevalência de excesso de peso, sendo que os indivíduos dos quartis com maior consumo desses produtos apresentaram 37% de chance a mais de terem excesso de peso se comparado àqueles que tinham menor consumo (CANELLA, 2014).

Apesar do aumento global dos índices de sobrepeso e obesidade e de suas consequências tanto no nível individual como social e pressão nos serviços de atenção à saúde, nenhum país ainda conseguiu desenvolver ações ou políticas que reduzissem esses indicadores. As altas prevalências do excesso de peso e das doenças crônicas associadas estão acompanhadas do aumento crescente dos custos para os sistemas de saúde nos últimos, de forma que, no Brasil em 2011, a obesidade custou para o SUS aproximadamente R\$ 488 milhões de reais (MAZZOCCANTE, 2013; OLIVEIRA, 2013). Caso não sejam implementadas ações efetivas para prevenção e controle da obesidade, a tendência é de aumentos expressivos tanto dos custos diretos da obesidade quanto das doenças associadas, como diabetes, doenças cardiovasculares e câncer (BAHIA&ARAÚJO, 2014).

Apesar dessa complexa relação entre fatores de risco para obesidade, bem como da sua relação os demais fatores de risco para as doenças crônicas, o debate sobre suas causas e soluções tem se polarizado em falsas dicotomias como: causas individuais versus causas ambientais, responsabilidades individuais versus responsabilidades coletivas, oferta versus demanda de produtos ultraprocessados, regulação governamental versus regulação pelo mercado, dentre outros (KLEINERT & HORTON, 2015). Abordagens que reduzem a determinação deste problema tem se mostrado insuficientes, de maneira que o enfrentamento efetivo da obesidade só será possível a partir da superação dessa visão fragmentada do fenômeno e da articulação de ações intersetoriais e multidimensionais que reconheçam a interação recíproca entre

fatores individuais e fatores ambientais tanto na etiologia da obesidade quanto no desenho de estratégias de prevenção e controle (ROBERTO, 2015).

O crescimento vertiginoso da obesidade e de todas as suas consequências para a saúde da população impõe ao setor saúde a urgência de reorganização de sua estrutura e processos de trabalho de forma que seja capaz de responder às demandas de cuidado peculiares das condições crônicas de saúde, caracterizadas por uma duração longa, início gradual, causas múltiplas, fatores de risco multicausais e necessidade de cuidados a longo prazo (MENDES, 2010). A complexidade da questão implica em desafios para a equipe de saúde, envolvendo o aperfeiçoamento nas estratégias de prevenção do sobrepeso e obesidade na população e no próprio modelo de cuidado aos indivíduos que, não raramente, resulta em inúmeros tratamentos fracassados, conseqüentemente agravando a situação de saúde dos indivíduos e desembocando em intervenções mais drásticas como a própria cirurgia bariátrica (MARCELINO, 2011).

Nesse contexto, a atenção básica se apresenta como um importante *locus* para a prevenção e o cuidado aos indivíduos com sobrepeso e obesidade. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011), a atenção básica é caracterizada por um conjunto de ações que envolvem a promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento, diagnóstico, manutenção da saúde, redução de danos e reabilitação, orientada por uma lógica de responsabilização com as demandas de saúde do território e da comunidade, garantindo um cuidado integral e que impacte nos determinantes à saúde mediante um trabalho em equipe multiprofissional. Por estar organizada com um alto grau de capilaridade e ser fundamentada no vínculo com a população sob sua responsabilidade, as relações de cuidado estabelecidas entre as equipes e os usuários permite um aprofundamento na compreensão dos determinantes relacionados ao ganho de peso excessivo e na articulação de ações de prevenção e controle da obesidade.

Um dos elementos essenciais para a reorganização do modelo de atenção é a mudança na abordagem profissional frente à condição de excesso de peso. A obesidade, ainda é marcada por um forte estigma na sociedade, trazendo profundas repercussões no dia a dia desses indivíduos e influenciando suas relações sociais, familiares e de trabalho (PINTO, 2010). De modo ainda mais perverso, a forma como o profissional de saúde compreende o excesso de peso influencia nas suas atitudes frente ao problema e a condução do tratamento (FOSTER et al, 2003; HARVEY & HILL, 2001; TEIXEIRA et

al, 2012). Essa realidade foi constatada inclusive entre profissionais nutricionistas, cuja formação tradicionalmente reconhece como sua responsabilidade a necessidade de uma intervenção adequada que vise modificar estados nutricionais desfavoráveis. Estudo de Cori (2015) demonstrou que os nutricionistas apresentaram uma compreensão limitada quanto aos fatores determinantes do excesso de peso, demonstrando a predominância de uma abordagem biologicista, o que impacta diretamente na eficácia do cuidado prestado por esses profissionais.

Diante deste cenário, justifica-se a necessidade de estudos que aprofundem a compreensão do tipo de cuidado em saúde tem sido oferecido aos indivíduos com sobrepeso e obesidade, bem como quais barreiras e desafios são enfrentados pelos profissionais para garantir um cuidado integral, contextualizado, efetivo e resolutivo, especialmente por parte dos nutricionistas, enquanto profissionais habilitados para realizar o diagnóstico nutricional, a atenção nutricional e desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

REVISÃO DA LITERATURA

A OBESIDADE NO MUNDO E NO BRASIL

Segundo Organização Mundial de Saúde (OMS), sobrepeso e obesidade – denominados “excesso de peso” de maneira mais ampliada – são definidos como acúmulo excessivo de gordura corporal que pode impactar na saúde dos indivíduos, compreendida como um agravo de caráter multifatorial, envolvendo não apenas fatores biológicos e de causa individual, mas configurando-se como uma interação de fatores sociais, políticos, culturais, econômicos e históricos que impactam nas escolhas alimentares, na oferta e disponibilidade de alimentos, na organização de espaços para práticas saudáveis e no modo de vida dos indivíduos e da sociedade, ou seja, envolvendo causas que extrapolam o setor saúde (CHAN, 2013; SWINBURN, 2011).

O método mais comum para classificação do sobrepeso e obesidade em adultos é através do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), que permite uma avaliação da adequação do peso corporal em função da altura do indivíduo, sendo calculado a partir da razão do peso (em quilos) pela altura (em metros) ao quadrado. Apesar de não ser o método mais preciso para análise da composição corporal, tem sido amplamente utilizado por sua praticidade, baixo custo e de fácil replicação a nível populacional. Os atuais pontos de corte para adultos são 25 Kg/m² para sobrepeso e 30 Kg/m² para obesidade (WHO, 2015).

Em 2014, mais de 1,9 milhões de adultos tinham sobrepeso, dos quais mais de 600 milhões eram obesos, sendo esse valor mais do que o dobro do existente em 1980, relevando o rápido processo de transição nutricional ao qual o mundo tem experimentado, ainda que em velocidades diferentes entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento (WHO, 2015). Antes um problema típico de países desenvolvidos, a obesidade tem aumentado de maneira acelerada em países de baixa e média renda, estando associado a mudanças no modo de vida e organização das sociedades modernas. (TANUMIHARDJO, 2007; DIETZ, 2015).

No Brasil, dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) de 2006 mostram que crianças abaixo de cinco anos apresentavam prevalência de excesso de peso de 7,3%, enquanto os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2008 mostram que na faixa de 5 a 9 anos a prevalência de obesidade chega a 34,8% entre meninos e 32% entre meninas (BRASIL, 2009; IBGE, 2010). Quanto aos adolescentes, dados da POF 2008-2009 indicam que 21,5% dos meninos e 19,4% das meninas apresentavam excesso de peso, enquanto que 5,8% e 4% dos meninos e meninas, respectivamente, apresentavam obesidade. Em relação à população adulta, dados mais recentes da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 indicam que em 2013, 56,9% da população adulta apresentava excesso de peso. Já em relação à obesidade, 20,8% dos adultos se encontram nessa situação, chegando a 24,4% entre as mulheres (IBGE, 2015).

No intuito de se compreender o avanço desse agravo, especialmente ante a constatação de que se trata de um problema de abrangência mundial e não apenas restrito a determinadas populações, diversos modelos explicativos da obesidade tem surgido. Os que geralmente aparecem nos estudos são: o da susceptibilidade genética, no qual indivíduos com obesidade apresentam determinados genes que favorecem acúmulo de gordura e ganho de peso (COMUZZIE, 2002); o da transição econômica, associado aos movimentos de transição, especialmente a partir da era pós-industrial, de desenvolvimento econômico, aumento da disponibilidade alimentar, industrialização e aumento do consumo (LANG&RAYNER, 2007); impacto das mudanças nos padrões alimentares, principalmente com o aumento do consumo de produtos industrializados e redução do consumo de frutas e hortaliças somado à inatividade física (NESTLE, 2013); a perspectiva da influência dos ambientes, construídos ou socioculturais, além da abordagem dos ambientes sociais nos quais o “ser obeso” possui significados e impactos objetivos e subjetivos na vida dos indivíduos (CANESQUI & GARCIA, 2005).

O aumento da prevalência do excesso de peso e obesidade tem sido associado a diversos fatores, caracterizando-os como um fenômeno multicausal, revelando que fatores relacionados ao modo de vida da população, aos sistemas alimentares e a fatores socioeconômicos interagem entre si de tal forma que hábitos alimentares e de atividade física acabam se modificando de forma desfavorável (MENDONÇA & DOS ANJOS, 2004). Swinburn caracteriza ambientes alimentares como circunstâncias e contextos

físicos, econômicos, políticos e socioculturais capazes de influenciar as escolhas alimentares dos indivíduos, sendo configurados a partir de ações da indústria – como desenvolvimento de produtos, preço, promoções -, governo – por meio de leis e regulamentações, políticas fiscais e promoção da saúde - e sociedade – no que tange os valores e práticas alimentares tradicionais, práticas culinárias, dentre outros (SWINBURN et al, 2011). A Rede Internacional para Pesquisa, Monitoramento e Apoio em Obesidade e Doenças Não Transmissíveis (INFORMAS), identificou componentes-chaves fundamentais que impactam na obesidade, como as ações de organizações – do setor público e privado- e os impactos dos ambientes alimentares no que se refere à composição dos alimentos, rotulagem, publicidade, disponibilidade, comercialização, preço e comércio (SWINBURN et al, 2013).

Dentre esses fatores, destacamos a substituição crescente do consumo de alimentos in natura e minimamente processados por alimentos ultraprocessados¹. Na América Latina, a comercialização desses alimentos aumentou consideravelmente de 2000 a 2013, associados a um processo de urbanização e abertura de mercado dos países para investimento estrangeiro, o que se explica pelo fato de que a maior parte dos produtos ultraprocessados mais vendidos são produzidos por empresas transnacionais. Apesar de o volume de vendas de ultraprocessados ainda ser maior nos países industrializados, a taxa de crescimento das vendas em países de menor renda foi maior, situação que veio acompanhada também de um aumento no ganho de peso e obesidade (PAHO, 2015). A estratégia das empresas para ganhar mercado e aumentar a inserção dos produtos industrializados nos países é o desenvolvimento de estratégias de marketing intensas que, por meio de ideias, linguagens e imagens sedutoras, minam o desejo e habilidade de se fazer escolhas saudáveis, especialmente entre crianças e adolescentes (MOSS, 2013; VIANA et al, 2008).

O aumento da produção e consumo de alimentos ultraprocessados é uma das principais causas da obesidade e das doenças crônicas não transmissíveis, sendo que estudos longitudinais de longo prazo mostram que o consumo regular de alimentos

¹ Alimentos ultraprocessados são formulações industriais feitos com pouco ou nenhum alimento natural, elaborados a partir de substâncias extraídas ou derivadas de alimentos ou sintetizadas em laboratório, acrescidas de ingredientes de uso industrial, como conservantes, aromatizantes, corantes e realçadores de sabor (MONTEIRO, 2010). Exemplos desses alimentos são: refrigerantes, salgadinhos de pacote, biscoitos, macarrão instantâneos, bebidas lácteas, embutidos, dentre outros. Apresentam composição nutricional frequentemente desbalanceada, apresentando altos teores de açúcar, gordura e sal e estão associados com práticas alimentares que favorecem um consumo excessivo desses produtos.

ultraprocessados em *fast foods* está associado ao aumento do peso corporal e resistência a insulina (WHO, 2003; DUFFEY et al, 2007; PEREIRA et al, 2005). A maior disponibilidade domiciliar de alimentos ultraprocessados está positivamente associada ao excesso de peso (CANELLA, 2014).

Escolhas alimentares e hábitos de vida que influenciam no processo de ganho de peso estão relacionados à organização ambiental e social de onde os indivíduos vivem, como a disponibilidade e acesso a alimentos saudáveis e não saudáveis; espaços públicos para realização de atividade física – associados ao grau de segurança pública percebida pela população-; qualidade da alimentação ofertada em escolas e em ambientes de trabalho; disponibilidade de equipamentos públicos de alimentação e nutrição; enfraquecimento das culturas alimentares tradicionais e das práticas culinárias, dentre outros (LEVY et al, 2012; DURAN, 2013; JAIME et al, 2011; KATZ et al, 2008; JAIME, 2009; MENDONÇA & DOS ANJOS, 2004). Nesse sentido, há necessidade de se avançar na compreensão da interação indissociável entre o indivíduo e seu ambiente que repercute em um determinado desfecho no processo saúde-doença (SWINBURN, 2011; ROBERTO, 2015). Por ser um agravo que envolve de fatores genéticos a políticas públicas e econômicas, bem como diversos atores nessa rede causal, que interagem de forma múltipla e complexa, a obesidade tem sido compreendida como um verdadeiro sistema complexo (HAMMOND, 2009).

Trabalho realizado para o *UK Foresight Programme* do Reino Unido em 2007, denominado *Obesity System Map (Figura 1)*, traz o compilado mais abrangente dos determinantes da obesidade e suas inter-relações, conectando aspectos fisiológicos, comportamentais e ambientais em mais de 300 interconexões que revelam a complexidade, heterogeneidades dos fatores e suas não linearidades, caracterizando-o como um sistema complexo (VANDENBROECK et al, 2007). O mapa da obesidade foi construído visualmente como um modelo de ciclo causal, permitindo a identificação dos fatores e de suas inter-relações existentes em problemas complexos, como a obesidade, com o propósito de facilitar a noção de complexidade, comunicar à sociedade e aos desenvolvedores de políticas públicas essa complexidade do problema e apoiar o desenvolvimento de estratégias que possam intervir nesse sistema complexo.

Segundo o modelo proposto, existe um núcleo de variáveis que ancora todo o restante do mapa, e que consiste na dinâmica básica de balanço energético por trás da

obesidade: regulação do processo de acúmulo de energia. Na periferia desse núcleo estão 108 variáveis que afetam o núcleo, sendo composto por variáveis que compõem os seguintes *clusters* temáticos: fisiologia, atividade física pessoal, ambiente relacionado a atividade física, consumo alimentar, produção de alimentos, psicologia pessoal e psicologia social (VANDENBROECK et al, 2007). O mapa da obesidade demonstra que abordagens reducionistas que considerem apenas um pequeno grupo de relações causais não são suficientes para compreensão do fenômeno e muito menos para desenvolvimento de ações efetivas para redução da obesidade na população (KING, 2011).

Há de se ter claro, no entanto, que a forma como o problema do excesso de peso é percebido, conceituado e interpretado vai definir as estratégias, especialmente no que tange a transformação do tema em agenda política a ser enfrentado por políticas públicas (KINGDON, 1984). Em decorrência de seus efeitos perversos no desenvolvimento de DCNTs e seu caráter complexo frente ao desenvolvimento de intervenções, a problemática do excesso de peso e obesidade tem sido intensamente discutida tanto internacional quanto nacionalmente, mobilizando organismos internacionais, organizações não-governamentais, pesquisadores e gestores na busca por soluções para o controle da epidemia de obesidade mundialmente. O envolvimento de todos os países nesse movimento torna-se fundamental frente ao processo de globalização, envolvendo intenso fluxo de comercialização de alimentos, formação de hábitos alimentares globalizados, circulação de informações, urbanização dentre outros (HAWKES et al, 2013; HAWKES, 2015; HUANG, 2015).

Reconhecendo os impactos sociais, econômicos e de saúde das DCNTs e conseqüentemente de seus fatores de risco, líderes mundiais se reuniram em 2011 e assinaram uma declaração política com compromissos pactuados para redução das DCNTs, resultando na publicação do “Plano de Ação Global para Prevenção e Controle das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis 2013-2020” (*Global Action Plan for Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020*). O objetivo das metas pactuadas é aumentar a prioridade da agenda tanto local quanto internacionalmente; aumentar a capacidade de resposta dos países à prevenção e controle dessas doenças; reduzir fatores de risco modificáveis através da criação de ambientes saudáveis; fortalecer e orientar sistemas de saúde para prevenção e controle dessas doenças através de uma atenção primária centrada no indivíduo; dentre outros.

Especificamente em relação ao excesso de peso, uma das nove metas estabelecidas foi a de deter o crescimento de obesidade (WHO, 2013).

Em 2014, no Relatório Global do Status das DCNTs (Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014), que busca acompanhar o progresso na prevenção e controle das DCNTs, a OMS novamente reconhece que a obesidade aumenta o risco de diabetes, hipertensão, doença coronariana, acidente vascular cerebral e certos tipos de câncer. O relatório destaca que obesidade pode ser prevenida mediante ações intersetoriais que enfocam simultaneamente distintos setores, no entanto destaca a urgência na avaliação da efetividade das intervenções para prevenção da obesidade (WHO, 2014).

Sendo um problema que tem atingido cada vez mais precocemente as crianças, uma Comissão foi instituída no âmbito da OMS em 2014 para erradicação da obesidade infantil, com o objetivo de produzir um relatório específico com abordagens e intervenções que podem ser mais efetivas no enfrentamento da obesidade infantil e em adolescentes em diferentes contextos. O Relatório Final ressalta a importância de considerar tanto contexto ambiental quanto períodos específicos do curso da vida: preconcepção, gestação, primeira infância, crianças e adolescentes, desenvolvendo ações de educação alimentar e nutricional, incentivo à atividade física, estratégias de estímulo à mudança de comportamento, diagnóstico precoce de fatores de risco durante gestação, estímulo ao aleitamento materno, garantia de um cuidado aos indivíduos já com obesidade a partir de uma abordagem familiar, multiprofissional e multicomponente (incluindo atividade física, alimentação e suporte psicossocial) (WHO, 2015).

Compreendendo a complexidade da temática da obesidade e a multifatorialidade envolvida, o Ministério da Saúde lançou em 2011 o Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis - 2011-2022 que tem como meta “Reduzir prevalência de obesidade em crianças e adolescentes” e “Deter o crescimento da obesidade em adultos” e possui três eixos de ação: Vigilância, Informação, Avaliação e Monitoramento; Promoção da saúde e Cuidado Integral (BRASIL, 2011). Além da previsão de ações intersetoriais que abrangem a produção de alimentos, publicidade e comercialização de alimentos e regulamentação do preço de alimentos saudáveis, foram abordadas ações específicas necessárias para o setor saúde, que compreendem a

definição e implementação de protocolos clínicos e terapêuticos das DCNTs, capacitar as equipes da Atenção Básica, ampliar e fortalecer ações de alimentação saudável, fomentar ações de vigilância alimentar e nutricional, apoiar iniciativas para promoção de hábitos de vida saudáveis no território e implementar modelos de atenção integral aos indivíduos com excesso de peso.

A Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN), instância que reúne 20 ministérios com a participação de representantes do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) e da Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS), elaborou em 2014 um documento denominado “Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: orientando sobre modos de vida e alimentação adequada e saudável para a população brasileira”, que objetiva organizar de forma articulada, conjunta e intersetorial, orientações para o enfrentamento do sobrepeso e obesidade e seus determinantes no país. O documento ratifica a necessidade de elaboração de diretrizes para o enfrentamento deste cenário epidemiológico configurado como um problema social com dimensões morais e repercussões na saúde e na qualidade de vida do indivíduo, pautado em seis grandes eixos de ação que abrangem questões sobre produção e disponibilidade de alimentos, educação e informação, promoção de modos de vida saudáveis, vigilância alimentar e nutricional, regulação de alimentos. No eixo de atenção à saúde do indivíduo com sobrepeso, ressalta a necessidade da garantia de um cuidado integral dentro da RAS², ou seja, perpassando os diversos níveis de atenção dentro do sistema de saúde a partir da organização de Linhas de Cuidado e do desenvolvimento de ações de promoção da alimentação adequada e saudável, estabelecimento do cuidado compartilhado e estímulo a ações de apoio matricial e educação à distância (BRASIL, 2014).

A complexidade do excesso de peso, sua multideterminação e sua prevalência crescente e já alarmante nas diferentes faixas etárias, aponta para a urgente necessidade do envolvimento dos diferentes setores públicos e da sociedade como um todo no sentido de reestruturar políticas, ambientes e sistemas de saúde para seu enfrentamento. Para o setor saúde, impõe a urgente necessidade de revisão dos modelos

² Rede de Atenção à Saúde (RAS) é definida como “*arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado*” (BRASIL, 2010).

de atenção, da organização dos serviços de saúde e da capacitação dos profissionais de saúde no sentido de repensarem sua lógica de funcionamento e suas práticas, superando o modelo vigente que tem se mostrado incapaz de responder às necessidades de saúde de uma população cada vez mais afetada por condições crônicas como a obesidade e efetivamente implantando uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) acolhedora, resolutiva e integral.

ATENÇÃO BÁSICA E O PROFISSIONAL NUTRICIONISTA

A atenção básica é um elemento fundamental para estruturação e funcionamento das RAS e, enquanto elemento articulador de toda a atenção, pode equacionar praticamente 80% dos problemas de saúde da população (WHO, 1978). No Brasil, ainda que as discussões sobre atenção básica tenham se iniciado com a reforma sanitária da década de 80, somente assumiu papel de destaque na agenda setorial com a criação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, inspirado em experiências locais, e posteriormente renomeado para Estratégia Saúde da Família (ESF) em 2006 (CASTRO, 2012).

Segundo Starfield (2002), a atenção básica (ou primária) é considerada um modelo organizacional importante nos países que desejam uma atenção à saúde de qualidade sob a perspectiva do direito de cidadania, tendo sido demonstrado em um estudo com doze países desenvolvidos, que a organização da atenção básica resulta em melhores indicadores de saúde. A autora definiu alguns parâmetros que se propõem a “medir” a força da atenção primária nesses países, envolvendo características do sistema de saúde (distribuição de equipamentos e profissionais, perfil e honorários dos médicos, número de profissionais e extensão da cobertura) e características das unidades de saúde (extensão da procura preferencial da atenção básica, força das relações profissional/usuário, resolutividade, grau de coordenação, orientação familiar e comunitária). Observa-se nessas características a relevância do caráter relacional da atenção básica, envolvendo um tipo de clínica centrada na abordagem familiar e comunitária, na confiança e disponibilidade e capacidade técnica e no profundo conhecimento do território (CAMPOS & GUERREIRO, 2013).

A atenção básica caracteriza-se por seu alto grau de capilaridade e proximidade com o território e que, para realizar o seu papel, deve-se orientar por diretrizes organizacionais que envolvam: acolhimento à demanda espontânea com avaliação de vulnerabilidade, ou seja, pressupõe a disposição e preparação em receber em qualquer tempo os usuários e, por meio de visitas domiciliares, analisar condições de vida, de saúde e identificar riscos e vulnerabilidades a partir desta vinculação com famílias e comunidade; realização de uma clínica ampliada, o que significa capacidade de lidar

com situações e intervenções complexas – superando a noção de complexidade apenas atrelada à densidade de tecnologias duras – frente às condições biológicas, mas também subjetivas e sociais; realização de ações preventivas e também promotoras de saúde buscando a qualidade de vida da comunidade e desenvolvendo projetos intersetoriais; institucionalização da participação e controle social na gestão (CAMPOS, 2003).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, publicada pela Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011, a atenção básica caracteriza-se pelo conjunto de ações, individuais ou coletivas, que objetivam desenvolver uma atenção integral que impacte nas condições de saúde da população e sobre seus determinante e condicionantes. Apresenta como diretrizes e fundamentos a adscrição do território, acesso universal e contínuo, acolhimento, vínculo e responsabilização, coordenação, participação da comunidade em processos de gestão e de cuidado (BRASIL, 2011). Para cumprimento dessas diretrizes, o modelo de organização prioritário é o da Estratégia Saúde da Família (ESF), que pressupõe um trabalho em equipe multiprofissional, com composição básica das equipes formada por médico, enfermeiro, dentista, técnicos ou auxiliares de enfermagem e odontologia e agentes de saúde.

No Distrito Federal, observa-se a coexistência do modelo tradicional de atenção básica, Estratégia Saúde da Família (ESF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o que coloca desafios para a organização dos processos de cuidado. Segundo dados do Ministério da Saúde, no final de 2016 a cobertura de atenção básica no Distrito Federal era de 54,39%, sendo 32,43% a cobertura da ESF e 20,8% a cobertura PACs (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). Observa-se na trajetória política da atenção à saúde do DF grande ênfase em investimentos hospitalares, sendo que as iniciativas de fortalecimento da atenção básica se mostraram fragmentadas, descontínuas e com reduzida oferta de capacitação profissional (GÖTTEMS, 2009).

Com o objetivo de ampliar o escopo das ações e a resolubilidade da ESF, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), equipes constituídas por profissionais com diferentes formações, incluindo o nutricionista. Os NASF foram criados por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008, sendo compreendidos como equipes compostas por profissionais de diversas profissões ou especialidades - escolhidos pelos gestores e equipes de saúde locais mediante critérios de disponibilidade e necessidades de saúde do território - que

atuam de maneira integrada no apoio às Equipes saúde da Família (ESF) ou equipes de Atenção Básica de populações específicas (equipe Consultório na Rua, ribeirinha e fluvial), a partir da lógica de apoio matricial. O trabalho compartilhado e colaborativo é desenvolvido a partir da dimensão clínico-assistencial, a qual diz respeito à atuação clínica direta com os usuários do território ou a partir da dimensão técnico-pedagógica, que consiste no apoio educativo com as equipes. Desta forma, a atuação do NASF pode ser na análise dos problemas e elaboração conjunta de intervenções, contribuição na organização do processo de trabalho das equipes de saúde, construção de diálogo com diferentes equipamentos da RAS (como Academias da Saúde, escolas, Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), dentre outros (BRASIL, 2014).

A inserção do nutricionista na atenção básica foi impulsionada a partir da criação dos NASF ainda em 2008, ampliando as possibilidades de atuação ao inseri-lo nas equipes multiprofissionais desses núcleos, ainda que este profissional também esteja presente em outras formas tradicionais de organização da atenção básica. Em função da organização e papel dos NASF, as ações de alimentação e nutrição no âmbito desses núcleos deveriam incluir ações de promoção de práticas alimentares saudáveis em resposta às principais demandas relacionadas aos distúrbios alimentares, como desnutrição e também excesso de peso, incluindo o cuidado especialmente às DCNT (BRASIL, 2008).

A atenção nutricional no SUS, cujas diretrizes estão definidas na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), deverá ser iniciada na Atenção Básica a partir diagnóstico da situação alimentar e nutricional da população mediante identificação de áreas territoriais, grupos populacionais e segmentos sociais, buscando conhecer, estimular e articular a produção e consumo de alimentos produzidos localmente, capacitar a ESF e participar de ações de controle e prevenção de distúrbios nutricionais, incluindo o excesso de peso e DCNT e colaborar com as ESF na atenção nutricional e atendimento dos usuários (BRASIL, 2012; RECINE et al, 2009). Para garantir uma atenção nutricional abrangente e que responda às necessidades de saúde, as ações de nutrição na atenção básica devem contemplar a promoção da alimentação adequada e saudável, ações de prevenção de agravos em saúde relacionados à alimentação e ações intersetoriais (JAIME, 2011).

As ações de alimentação e nutrição na atenção básica devem buscar orientar os indivíduos e comunidades no sentido da constituição da autonomia para escolhas mais saudáveis, estimulando a capacidade de autocuidado e também de agir sobre os fatores determinantes da saúde (BRASIL, 2011). O cuidado prestado pelos nutricionistas, no entanto, não se apresenta de modo igual em toda atenção básica, mas dependem da forma de inserção em determinado modelo de atenção. Estudo realizado no município de São Paulo mostra que nutricionistas vinculados às equipes dos NASF apresentam uma atuação com maior visão de integralidade, maior atuação multiprofissional e privilegiam uma atuação mais coletiva. Já em relação aos nutricionistas vinculados a unidades básicas de saúde, especialmente no modelo tradicional, ainda se percebe maior predomínio de uma lógica de cuidado individual e com forte concentração nos aspectos biológicos dos problemas (CERVATO-MANCUSO, 2012). Em contraposição, resultado semelhante ao encontrado com essas nutricionistas das unidades básicas também foi percebido entre nutricionistas do NASF em estudo realizado por Rodrigues & Bosi (RODRIGUES&BOSI, 2014). Observa-se que as próprias dificuldades de implementação e estruturação da atenção básica, como elevado número de indivíduos adscritos por equipe, baixo número de profissionais, precariedade dos vínculos, dentre outros, influenciam de modo significativo o próprio cuidado em alimentação e nutrição (PADUA & BOOG, 2006).

Estudo realizado na região de Campinas demonstra que ainda existe uma baixa inserção dos nutricionistas nos municípios, predominando também ações assistenciais e menos de promoção, com ênfase em prescrições individuais, visitas domiciliares, palestras para grupos e vigilância sanitária (PADUA & BOOG, 2006). Em Goiás, em estudo realizado com os nutricionistas do NASF mostrou que possuem pouca experiência profissional, sentem-se pouco qualificados para saúde da família e para compreensão da complexa realidade social (AGUIAR & COSTA, 2015). A adequada inserção deste profissional, cuja presença é inclusive compreendida como desejável por outros profissionais das equipes de saúde, e a qualificação das ações realizadas por eles favorece a promoção da saúde e associa-se a um melhor resultado na prestação dos serviços à população (DE GEUS, 2011; CERVATO-MANCUSO, 2012).

O CUIDADO AO INDIVÍDUO COM EXCESSO DE PESO NA ATENÇÃO BÁSICA E DESAFIOS DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL

As propostas para prevenção e controle do excesso de peso são diversas, no entanto apresentam como elementos em comum uma abordagem que integra diversos elementos que influenciam no ganho de peso, como a promoção da alimentação adequada e saudável, prática de atividade física e estratégias comportamentais, bem como o reconhecimento do impacto do meio ambiente no qual o indivíduo está inserido. No âmbito da saúde, o cuidado ao indivíduo com excesso de peso perpassa uma articulação de prática e saberes que superam o modelo médico-centrado, partindo do pressuposto que problemas complexos demandam intervenções complexas que integrem diversos profissionais e estratégias, que considere o indivíduo como ator central do cuidado e que impactem sobre os determinantes em saúde.

Os estudos sobre a organização dos serviços e das ações em saúde para o cuidado ao sobrepeso e obesidade geralmente não se referem a um cuidado transversal nos diferentes níveis de saúde. Observa-se bastante ênfase nas ações de promoção de saúde e aconselhamento na atenção básica qualificação dos profissionais e utilização de abordagens familiares, ressaltando o desafio na estruturação de serviços, planejamento de ações e desenvolvimento de estratégias para um acompanhamento a médio e longo prazo dos indivíduos obesos (RODRIGUES&BOSI, 2014; WADDEN et al, 2011). Embora grande parte dos gestores julgue serem necessárias ações para o cuidado aos indivíduos com excesso de peso, grande parte dos serviços de saúde não está organizada em termos de processos de trabalho e adequação de estrutura física e de recursos humanos para tal (CARRARA et al, 2008). Revisão sistemática de projetos internacionais sobre estratégias de promoção da saúde e prevenção primária dos principais fatores de risco de DCNT no âmbito mundial identificaram como elementos essenciais para melhoria dos sistemas de saúde o aprimoramento do modelo de atenção para o manejo de casos crônicos; o desenvolvimento de um cuidado integrado; o alinhamento de políticas setoriais para a saúde; o melhor aproveitamento dos recursos humanos; o tratamento centrado no paciente e na família; apoio aos pacientes em suas comunidades, compreendendo que determinantes em saúde extrapolam o núcleo familiar e doméstico; ênfase na prevenção (DA SILVA et al, 2013).

A American Heart Association (AHA), juntamente com a American College of Cardiology (ACC) e The Obesity Society (TOS) publicaram as diretrizes para o manejo do sobrepeso e obesidade em adultos a partir de novas evidências em relação a aspectos-chaves na avaliação e tratamento de indivíduos com obesidade, especialmente aqueles com outros fatores de risco para diabetes e doenças cardiovasculares. Segundo o documento, as recomendações com força de evidência científica alta para cuidado são: vigilância nutricional; orientação aos pacientes sobre os efeitos do peso corporal elevado; orientação para mudanças no estilo de vida e perda sustentada de 3 a 5% do peso corporal; prescrição de dieta hipocalórica, baseada nas preferências alimentares dos indivíduos, como parte de intervenção abrangente de mudança de estilo de vida; desenvolvimento de intervenções abrangentes de mudança de estilo de vida com duração mínima de seis meses e com encontros frequentes; abordagem de temas como alimentação, atividade física e estratégias comportamentais; intervenções para manutenção do peso (JENSEN et al, 2013).

Artigo recente publicado na revista Lancet de 2015, parte de uma série especial sobre o tema da obesidade, identificou os principais desafios para o sistema de saúde na prevenção e cuidado à obesidade, constatando que os profissionais de saúde em geral estão pouco preparados para tratar da obesidade. Para o tratamento da obesidade, identificam que múltiplas modalidades terapêuticas podem ser empregadas, incluindo terapia comportamental, farmacoterapia e cirurgia bariátrica, alinhando a intensidade da terapia à gravidade da obesidade e reconhecendo a atenção básica como importante local para prevenção e tratamento da obesidade, inclusive obesidade mórbida. O artigo propõe como algoritmo para o manejo da obesidade em adultos o modelo de Edmonton, que em parte se assemelha ao modelo da AHA, no qual foca a intervenção em programas intensivos de mudança de comportamento a partir da mudança dietética, aumento da atividade física e terapia comportamental cognitiva (DIETZ, 2015).

Destaca-se nas diretrizes internacionais e nacionais de intervenção para prevenção e controle da obesidade a centralidade do cuidado no indivíduo. Ao se falar em cuidado não podemos reduzi-lo à mera adoção de práticas cientificamente “adequadas”, em relação às quais o profissional é capaz de convencer o “outro” de que sua leitura da situação, suas interpretações e suas soluções são as mais adequadas. O cuidado efetivamente se realiza no exercício da subjetividade, no qual o profissional se coloca de forma dialógica com o indivíduo, sem desconsiderar seu saber técnico, mas

reagindo de maneira crítica a esses conhecimentos, modificando sua ação a partir da interação com o outro. É na perda do “ser sujeito” nessa relação de cuidado, ou seja, é no ser meramente um executor acrítico de fórmulas prontas de assistência que muitos dos problemas como desumanização dos serviços de saúde, crise de confiança nas relações e alienação profissional ocorrem (SCHRAIBER, 2011). Nesse sentido, quando se pensa em questões como a obesidade, não é possível trata-la sem considerar a inserção do sujeito na cultura de consumo, sem desenvolver com eles o autoconhecimento e capacidade de reflexão e ação frente a esse contexto, sem trabalhar auto-estima, ou seja, sem implicar o próprio sujeito no seu cuidado e na compreensão dos determinantes de sua saúde (FIGUEIREDO&FURLAN, 2013).

No Brasil, entre os desafios para o enfrentamento e prevenção da obesidade, bem como das doenças crônicas não transmissíveis, encontra-se a reestruturação dos atuais sistemas de saúde e modelos de atenção. Diante do cenário de tripla carga de doenças, o modelo de atenção à saúde ainda vigente tem se demonstrado insuficiente para responder às necessidades de saúde da população, sendo caracterizado pelo predomínio de ações curativas, orientado pela demanda espontânea, centralidade das ações no cuidado médico, subfinanciamento e organização dos serviços pela lógica da oferta. Essa lógica político-institucional resulta na fragmentação dos serviços, programas, ações e práticas clínicas, dificultando ou inviabilizando a prestação de um cuidado integral aos usuários com condições crônicas de saúde (MENDES, 2015).

A proposta das RAS surge como alternativa aos sistemas de saúde fragmentados e pouco responsivos às condições crônicas de saúde. No Brasil, as RAS foram propostas a partir da Portaria nº 4.279/2010, sendo compreendidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão e que buscam garantir a integralidade do cuidado. Para que a RAS efetivamente cumpra seu papel, é fundamental que a Atenção Básica esteja devidamente estruturada, desempenhando sua função de coordenação do cuidado e responsabilidade pelo fluxo de usuários na RAS (BRASIL, 2010).

No âmbito da Rede de Atenção à Saúde às Pessoas com Doenças Crônicas, publicada pela Portaria nº 483 de 2014, as ações realizadas nos serviços de saúde para prevenção e controle do sobrepeso e obesidade visam contemplar indivíduos, famílias e comunidades e consideraram: as especificidades das diferentes fases do curso da vida,

de gênero e dos diferentes grupos populacionais, povos e comunidades tradicionais. A organização do cuidado ao paciente com excesso de peso, tanto para prevenção quanto tratamento, deve ser realizada dentro do contexto das RAS através das linhas de cuidado (LC), cujas diretrizes para organização foram definidas por meio da Portaria nº 424 de 19 de março de 2013. As LC estabelecem um pacto entre os diversos atores dos pontos de atenção da RAS, estabelecendo fluxos de referência e contrarreferência para assistir o usuário com excesso de peso e obesidade no SUS. As linhas de cuidado definem a organização dos serviços e as ações que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção de uma rede (nível primário, secundário e terciário) e nos sistemas de apoio, e podem utilizar de vários tipos de estratificação (clínica, de risco, entre outras) para definir estas ações, buscando a garantia de um cuidado integral e efetivo (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014).

Um princípio fundamental que perpassa a lógica das RAS é a garantia da integralidade no cuidado. Sem uma rede de serviços é impossível garantir que a integralidade ocorra, tendo em vista que nenhuma unidade de serviço é capaz de concentrar em si todos os atributos, ações e serviços de promoção, proteção e recuperação necessários às demandas de saúde da população, necessitando de uma rede articulada de serviços de complexidades distintas que se co-responsabilizem pelo cuidado integral ao indivíduo. As condições crônicas de saúde, em especial as DCNT como diabetes, câncer, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias crônicas, por suas características de duração longa, início gradual, causas múltiplas, fatores de risco multicausais e necessidade de cuidados a longo prazo, não conseguem ser devidamente manejadas e prevenidas em um sistema de saúde cuja organização e modelo de atenção seja fragmentado, reativo e esporádico (MENDES, 2010). A obesidade, enquanto fator de risco para grande parte das doenças crônicas não transmissíveis, também apresenta características de evolução similares às DCNT e podem gerar limitações e representar grande risco caso não seja prevenida e tratada de maneira adequada dentro de uma lógica de atenção em Redes.

A integralidade é elemento chave na concepção das redes de saúde e possui diversos sentidos, conferindo maior complexidade e abrangência ao modelo de atenção que se dispõe a alcançá-la. Segundo Mattos (2001), a integralidade pode ser compreendida em três grandes dimensões: integralidade vertical, integralidade horizontal e integralidade de políticas públicas (intersectorialidade). A integralidade

vertical é compreendida como uma característica da prestação do cuidado, ou seja, tem a ver com a prática dos profissionais que se recusam a abordar o paciente sob a perspectiva meramente biológica, resumindo o cuidado à resolução de queixas. É assumir uma visão mais ampliada das necessidades de saúde – muitas vezes até mesmo ocultas ao próprio indivíduo – que considerem a complexidade do ser humano e do contexto social, cultural, econômico e ambiental em que vive. De maneira complementar, a integralidade horizontal refere-se à organização do serviço que pressupõe uma articulação de diversas unidades de serviço que associem assistência e práticas de saúde pública, ampliando as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde da população. Já o conceito de integralidade de políticas públicas pressupõe a interação entre diversas políticas públicas que extrapolem a própria área de saúde e sejam capazes de atuarem sobre os determinantes sociais da saúde (MATTOS, 2001).

Com vistas à garantia da integralidade, a atenção básica desempenha papel fundamental frente ao desafio de prevenção e controle do excesso de peso. Com a publicação da Portaria nº 424, de 19 de março de 2013, define-se como atribuição da Atenção Básica no cuidado ao indivíduo com excesso de peso, as seguintes ações: realizar a vigilância alimentar e nutricional da população com vistas à estratificação de risco; realizar ações de promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e da obesidade, com ênfase nas ações de promoção da alimentação adequada e saudável e da atividade física; apoiar o autocuidado para manutenção e recuperação do peso saudável; prestar assistência terapêutica multiprofissional aos indivíduos adultos com sobrepeso e obesidade; coordenar o cuidado dos indivíduos adultos que necessitem de outros pontos de atenção, quando apresentarem IMC maior ou igual a 30 kg/m² com comorbidades ou IMC maior ou igual a 40 kg/m²; prestar assistência terapêutica multiprofissional aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade após o período de acompanhamento pós-operatório realizado na Atenção Especializada Ambulatorial e/ou Hospitalar; e garantir o acolhimento adequado das pessoas com sobrepeso e obesidade.

Em 2014, o Ministério da Saúde lançou mais uma edição da série Caderno de Atenção Básica nº 38 (BRASIL, 2014), que aborda estratégias para o cuidado às pessoas com obesidade, com o objetivo de subsidiar profissionais de saúde da atenção básica para o cuidado integral da obesidade com ênfase no manejo alimentar e nutricional. O material enfatiza a importância da vigilância alimentar e nutricional dos

indivíduos e também propõe a incorporação de modelos teóricos que permitam compreender e prever como ocorre determinado comportamento de saúde. Nesse sentido, as orientações para o manejo do excesso de peso devem levar em consideração a disposição dos indivíduos de mudarem seus comportamentos, inclusive o alimentar, trazendo como referência para essa abordagem o Modelo Transteórico, o qual propõe cinco estágios de mudança de comportamento (pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção) que classifica os indivíduos desde um estágio onde não desejam perder peso até um estágio mais avançado de manutenção de uma perda de peso. A proposta de avaliação dos estágios de mudança de comportamento agrega ao cuidado na atenção básica um olhar mais estratégico na organização das ações e na formulação de estratégias mais adequadas para perfis específicos de indivíduos.

Os NASF são uma potente estratégia para prevenção e controle da obesidade na Atenção Básica, justificando a relevância do profissional nutricionista nessas equipes, por meio de sua ação de matriciamento, através de um suporte assistencial e técnico-pedagógico, e ampliação da clínica. No Âmbito do NASF destaca-se o Projeto Terapêutico Singular (PTS) como um conjunto de propostas de condutas terapêuticas elaboradas a partir de um diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades numa lógica de equipe multidisciplinar e reavaliação. O Projeto de Saúde Coletiva (PSC), por sua vez, é uma estratégia de enfrentamento dos determinantes sociais, articulando as complexidades individuais e coletivas de intervenção por meio de ações integradas e intersetoriais no território (JAIME, 2011).

Estudo realizado com 71 mulheres com excesso de peso em acompanhamento nutricional durante 12 meses em um projeto de promoção de estilos de vida mais saudáveis, no qual consistia na articulação de ações entre equipamentos públicos de oferta de atividade física regular e as Unidades Básicas de Saúde se mostrou efetivo na mudança de hábitos alimentares, parâmetros antropométricos e auto percepção corporal, variando de acordo com a intensidade da intervenção proposta. A intervenção consistia em um cuidado individual (que ocorriam entre 30 e 50 dias), baseado no aconselhamento nutricional, a partir dos materiais disponibilizados pelo Ministério da Saúde, no qual um máximo de três metas factíveis eram acordadas entre o profissional e o usuário. De maneira associada, equipamentos públicos de incentivo à prática de atividade física ofereciam três vezes por semana atividade física de uma hora de duração. Os autores destacaram a relação estabelecida entre diferentes equipamentos

dentro da rede de saúde como ponto estratégico para garantia do cuidado integral e adequado às necessidades de cada indivíduo, articulando intervenções que incidam sobre a alimentação e sobre práticas de atividade física. Apesar dos resultados positivos, os autores também destacaram a grande perda de acompanhamento ao longo do período (FERREIRA, 2014).

Em 2012, foi criado o Laboratório de Inovação no Manejo da Obesidade, a partir de parceria firmada entre Ministério da Saúde e cooperação técnica da organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) para levantamento e valorização de experiências bem-sucedidas, no âmbito do SUS, para manejo da obesidade (BRASIL, 2014). Em relação à atenção básica, foram relatadas oito experiências que envolviam atividades de promoção da saúde e prevenção da obesidade, incluindo atividades de melhoria da qualidade de vida, incentivo à prática de atividade física, reeducação alimentar, grupos de caminhada, autocuidado, vigilância alimentar e nutricional, plantação de horta comunitária, atenção multidisciplinar, articulação intersetorial com setores produtivos, matriciamento dos NASF, dentre outros. Dentre as lições aprendidas, destaca-se o desafio das equipes de saúde para um trabalho integrado, sendo apontado como fundamental para o manejo da obesidade a reformulação de saberes e práticas, desenvolvendo um trabalho compartilhado, articulado e integrado na RAS bem como capacitando os profissionais para realizarem um atendimento baseado na escuta, no aprendizado e em práticas inovadoras e humanizadas.

Nesse sentido, a interação profissional-usuário se apresenta como elemento chave para o cuidado adequado. Em relação à obesidade, no entanto, a abordagem da temática na interação entre o profissional e o usuário não se apresenta como algo rotineiro, sendo ainda permeado por uma barreira que perpassa estigmas socialmente construídos e receios, tanto por parte dos profissionais quanto dos indivíduos. Estudo realizado com 29 profissionais de equipe multidisciplinar sobre como eles incorporam o manejo do peso corporal na prática deles revelou que a questão da obesidade não é comumente abordada como motivo primário da consulta, estando essa temática incorporada no cuidado a outras condições de saúde relacionadas. Os motivos apontados são de que: necessitaria de um tempo extra para abordar essa questão; abordar a questão do peso corporal diretamente poderia ser algo inapropriado, o que arriscaria a confiança estabelecida entre profissional e usuário, causando constrangimento; tratar fatores de risco e as raízes da obesidade (como depressão, dor crônica etc) pode ter efeitos

indiretos positivos no peso corporal mais do que abordar a questão em si (ASSELIN, 2015).

Resultado semelhante foi encontrado em estudo realizado por Blackburn (2015) que objetivou compreender as principais barreiras percebidas por enfermeiros e médicos para abordar temática do peso corporal com seus pacientes. Os resultados mostram que os profissionais relatam desconhecimento de abordagens padronizadas para lidar com a questão da obesidade, consideram inadequado e arriscado abordar esse tema delicado nas consultas, temem fugir da “agenda clínica” do paciente e julgam haver falta de recursos e tempo para tratar do tema.

A percepção e atitude dos profissionais de saúde que invariavelmente irão, em algum momento, lidar com indivíduos com excesso de peso frente à possibilidade de abordagem dessa temática é fator crucial para realização de um cuidado efetivo. Diferentemente de outras condições crônicas que também demandam um modelo de cuidado similar ao da obesidade, os fatores determinantes, a melhor forma de abordagem junto ao paciente, as melhores práticas para prevenção e tratamento ainda são pouco conhecidos e bastante permeados por estigmas e interpretações errôneas.

Resultados do estudo realizado por Cori et al (2015) com 344 nutricionistas revelam que 67,4% consideram aos obesos como gulosos, 52% como não atraentes, 55,1% como desajeitados, 43,6% como sem determinação e 42,4% como preguiçosos. Quanto aos fatores de desenvolvimento do sobrepeso e obesidade, 83,5% compreendem como causa a inatividade física e 81,4% vício/dependência em comida, no entanto apenas 56,5% reconhecem fatores extrínsecos (como família, amigos, ambiente e mídia) como causas e apenas 30,4% reconhecem a situação financeira e social. Resultados semelhantes foram encontrados em estudo realizado por Foster (2003) com 600 médicos, onde mais de 50% percebiam os indivíduos obesos como desajeitados, pouco atraentes e feios. O tratamento para obesidade foi considerado menos efetivo do que terapias para tratamento de outras doenças crônicas, sendo que apenas 14,3% dos médicos afirmaram que geralmente obtém sucesso em ajudar os pacientes na perda de peso.

Revisão sistemática realizada em 2012 analisou treze estudos internacionais realizados entre 1991 e 2011 sobre crenças, atitudes e práticas de profissionais de saúde, especialmente da atenção básica, em relação à obesidade. Os resultados sugerem que há

baixa compreensão sobre o problema (causas e tratamentos); baixa implicação dos profissionais para a realização do tratamento, associado a um baixo entusiasmo e insegurança para realização de intervenções; crença de que as intervenções que realizam ou que deveriam realizar não são efetivas; baixa percepção de compensação e satisfação profissional no cuidado ao obeso (TEIXEIRA, 2012; MERCER & TESSIER, 2001; EPSTEIN & OGDEN, 2005; OGDEN & FLANNAGAN, 2008; FOGELMAN, 2002). Em consonância com os resultados dos estudos anteriores, os profissionais descreveram os indivíduos como desmotivados, preguiçosos e sem auto-controle e consideram difícil lidar com a problemática, afetando na própria expectativa de sucesso das intervenções (TEIXEIRA, 2012). Estudos dessa natureza demonstram que existem diversos fatores que influenciam na prática do profissional de saúde ao lidar com a obesidade, envolvendo aspectos referentes desde ao nível de conhecimento sobre a temática bem até aos aspectos referentes às motivações, crenças e atitudes dos próprios profissionais, condicionando profundamente o tipo de cuidado prestado (MICHIE, 2005).

Os fatores que influenciam no cuidado aos indivíduos com excesso de peso são múltiplos e perpassam desde a concepção do problema em si - ou seja, a compreensão do fenômeno enquanto um problema de saúde pública com múltiplos determinantes-, até a pressão gerada ao sistema de saúde ante o crescimento acelerado das doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores, bem como a habilidade e capacidade dos profissionais de saúde de lidar com o problema. Diante do exposto, faz-se necessário conhecer as compreensões, condições e motivações dos profissionais de saúde no cuidado aos indivíduos com excesso de peso, sem perder de vista que o *locus* de realização desse cuidado também possui características que favorecem ou não a resposta desse sistema de saúde frente às necessidades de saúde da população.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Identificar os fatores que influenciam o cuidado realizado aos indivíduos com excesso de peso por nutricionistas da atenção básica do Distrito Federal.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os fatores determinantes do excesso de peso segundo os nutricionistas.
- Identificar as ações desenvolvidas pelos profissionais para prevenção e cuidado do excesso de peso na atenção básica.
- Identificar os desafios e barreiras percebidos pelos profissionais para a realização do cuidado aos indivíduos com excesso de peso segundo recomendações oficiais.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caráter qualitativo. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, com as nutricionistas da Atenção Básica do Distrito Federal. Todos os profissionais nutricionistas em atuação na Atenção Básica foram convidados por meio de uma carta-convite encaminhada por e-mail e, para aqueles que se dispuseram a participar, foi realizada uma entrevista presencial. A estes foram apresentados para leitura e consentimento assinado, em caso de concordância, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o “Termo de Autorização para Uso de Som e Imagem para Fins de Pesquisa”. As entrevistas foram gravadas em mídia digital e posteriormente transcritas para análise.

Sujeitos

O estudo foi realizado com nutricionistas atuantes na atenção básica do Distrito Federal. Informações obtidas junto à Gerência de Nutrição (GENUT), responsável pela coordenação e gestão das ações de nutrição na Rede de Atenção à Saúde do DF, indicam que atualmente no Distrito Federal, 75 nutricionistas estão alocadas na Atenção Básica, sendo 12 nutricionistas de NASF, 24 que apoiam equipes saúde da família, 35 em unidades básicas tradicionais, 3 em clínicas da família e 1 em policlínica.

Em 14 de janeiro de 2016, foi publicado o Decreto nº 37.057 (DISTRITO FEDERAL, 2016), reestruturando a gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), transformando as 15 regionais de saúde em sete superintendências, quais sejam: Centro-Norte, Centro-Sul, Oeste, Sul, Sudoeste, Norte e Leste. Independentemente da mudança ocorrida, existem profissionais nutricionistas na atenção básica de todas as superintendências.

Após obtenção dos contatos e informações sobre: distribuição da lotação dos nutricionistas nas superintendências; contato dos profissionais e tipos de equipes aos quais estão vinculados, foi encaminhada Carta-Convite por correio eletrônico a todos os 75 nutricionistas, apresentando a pesquisa e solicitando que os interessados em participar respondessem àquela mensagem para posterior agendamento para realização

da entrevista de forma presencial. Em um segundo momento, foi feita uma breve apresentação da pesquisa em uma das reuniões ordinárias dos nutricionistas da atenção básica juntamente com a GENUT, momento no qual a pesquisadora se apresentou aos profissionais, apresentou os objetivos da pesquisa e refez o convite para participação, orientando àqueles que quisessem participar que respondessem ao e-mail enviado anteriormente. O critério de inclusão na pesquisa – atuação na atenção básica do Distrito Federal- foi apresentado.

Em relação aos profissionais que responderam afirmativamente ao convite, foi realizado agendamento para realização da entrevista, preferencialmente no local de trabalho do profissional de forma a evitar inconvenientes ou mesmo gerar qualquer ônus aos participantes, Em relação à amostragem, segundo Minayo, em uma pesquisa qualitativa, diferentemente de abordagens quantitativas, o critério de escolha dos participantes condiciona-se mais à possibilidade de aprofundamento, abrangência e diversidade para compreensão do fenômeno estudado, de maneira que uma amostra qualitativa ideal é que a de fato conseguirá refletir a complexidade do objeto estudado, e não necessariamente baseado em critérios de representatividade (MINAYO, 2010). Nesse sentido, buscou-se garantir que houvesse participação de profissionais atuantes nos diversos tipos de equipes nas diferentes regionais, de maneira que a Carta-Convite foi reenviada aos profissionais das superintendências que ainda não haviam sido representadas. Com isso, procurou-se garantir que, a escolha dos sujeitos entrevistados a partir das diferentes posições que ocupam no campo pesquisado favorecesse que diferentes perspectivas surgissem e enriquecessem a compreensão do objeto de pesquisa.

Aspectos éticos

Foram observados e adotados os critérios éticos constantes na Resolução CNS Nº 196/1996, preconizada para pesquisas que envolvem seres humanos (Brasil, 1996).

Antes de iniciar a entrevista, os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Autorização para Uso de Som e Imagem para Fins de Pesquisa para leitura e posterior assinatura em caso de concordância (Anexo III e Anexo IV).

O projeto de pesquisa foi submetido para apreciação ao Comitê de Ética em Pesquisa, da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília bem como ao Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (Fepecs) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, obtendo aprovação segundo Pareceres nº 1.524.237 e 1.559.798, respectivamente.

Procedimento de coleta de dados

A entrevista foi realizada de modo presencial, a pesquisadora foi ao encontro dos nutricionistas em seus locais de trabalho ou outros locais indicados pelos participantes. A condução da entrevista foi feita de forma individualizada em ambiente reservado, sem a presença ou interferência de outras pessoas, preservando a privacidade da conversa. Após assinatura dos termos, os profissionais foram informados de que a entrevista seria gravada por meio de gravador de áudio digital, cujos arquivos seriam posteriormente degrevados para análise.

Ao início da entrevista foram solicitadas algumas informações quanto ao nome, idade, tempo de formação, tempo de atuação naquela unidade de saúde, tipo de equipe ao qual estava vinculada (e a quantas equipes, no caso de nutricionistas do NASF ou similar) e nome da unidade. Essas informações foram levantadas para complementar as informações já obtidas por meio da GENUT e possibilitar melhor compreensão quanto ao perfil dos profissionais entrevistados.

Instrumentos e referencial teórico-metodológico

A entrevista foi conduzida a partir de um roteiro semi-estruturado pré testado via Skype com cinco nutricionistas da atenção básica dos municípios de Curitiba-PR, Goiânia-GO, Aparecida de Goiás-GO e Tibau do Sul-RN com objetivo de avaliar a clareza na compreensão das perguntas, tempo de realização da entrevista e adequação das perguntas para alcance dos objetivos propostos. A escolha desses profissionais foi por conveniência e contato disponível, observando-se o critério de não ser nutricionista do DF. Após realização das cinco entrevistas, cujas durações foram de aproximadamente uma hora e dez minutos, foram feitos os devidos ajustes no instrumento para então realização das entrevistas com os nutricionistas do Distrito Federal.

As alterações no instrumento foram feitas de modo a reduzir o roteiro, que inicialmente contava com aproximadamente 40 questões e durava aproximadamente uma hora e quinze minutos. Após o pré-teste, chegou-se a um conjunto de 31 perguntas, resultando em uma entrevista com duração média de quarenta a sessenta minutos.

O roteiro era composto por dois blocos: o primeiro abordava questões que procuravam identificar a compreensão dos profissionais quanto aos fatores determinantes ou causas da obesidade, seguido de perguntas sobre as ações que eram desenvolvidas para o cuidado de indivíduos com excesso de peso – incluindo percepção de resultados, desafios e necessidades de melhorias para um cuidado mais efetivo (Anexo II).

O segundo bloco iniciava com a apresentação das ações que deveriam compor a atenção nutricional prestada na atenção básica. Essa definição e conjunto de ações correspondem às atribuições previstas para a atenção básica na Portaria nº 424, de 19 de março de 2013, que define as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas bem como ao conceito de atenção nutricional apresentada na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (BRASIL, 2012).

Por este critério assume-se que a atenção nutricional aos indivíduos com excesso de peso na atenção básica deveria conter as seguintes ações: acolhimento adequado desses indivíduos, desencadeando um atendimento adequado e integral por parte da equipe; a análise contínua da situação alimentar e nutricional da população e seus fatores determinantes (como disponibilidade, comercialização e distribuição de alimentos no contexto de vida desses indivíduos); realização de ações de promoção da saúde e prevenção da obesidade de forma intersetorial, respeitando hábitos e cultura local; desenvolvimento de estratégias adequadas que apoiem o autocuidado por parte dos indivíduos para recuperação do peso saudável; atendimento multiprofissional os indivíduos com excesso de peso; atendimento multiprofissional aos indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica; realização do devido encaminhamento aos outros pontos de atenção, quando necessário, sem perder o vínculo (BRASIL, 2013; BRASIL, 2011). A intenção de se abordar o cuidado a partir dos componentes dessas normativas

se deu para se estabelecer um referencial explícito para a ação do profissional nutricionista da atenção básica.

Para compreender quais as barreiras e desafios percebidos pelos nutricionistas para realização do cuidado proposto pelas normativas nacionais, as questões foram estruturadas a partir do *Theoretical Domains Framework* (TDF) (MICHIE, 2005). Com a utilização desse quadro teórico, torna-se possível analisar a natureza dos fatores que influenciam o comportamento dos profissionais na efetiva realização do objeto que está sendo investigado, no caso, o cuidado nutricional segundo as diretrizes nacionais.

Estudos sobre o comportamento de profissionais ainda são limitados, no entanto diversas teorias relacionadas à mudança de comportamento humano têm sido aplicadas na compreensão da prática profissional bem como no desenvolvimento de estratégias para mudança do comportamento. Teoria social cognitiva, teoria da ação racional, teoria do comportamento planejado e modelo de crenças em saúde, modelo transteórico, são alguns modelos que procuram compreender fatores chaves que influenciam no comportamento dos indivíduos, baseando-se em constructos como crenças, atitudes e conhecimentos. Cada teoria, individualmente, não consegue apreender a totalidade e complexidade dos elementos que dirigem o comportamento, especialmente dos profissionais, o que tem demandado outras teorias de abordagens multiníveis, ou seja, que considerem não apenas fatores individuais dos profissionais, mas que abordem fatores organizacionais, econômicos, políticos, dentre outros (FISHBEIN & AJZEN, 1975; PERKINS, 2007).

O TDF é um quadro teórico resultante de um projeto que envolveu um grupo de especialistas, incluindo teóricos da psicologia em saúde, pesquisadores de serviços de saúde de diversas áreas e psicólogos da saúde, que se propuseram a analisar essas diferentes teorias do comportamento e identificar os principais constructos teóricos relacionados à mudança de comportamento para a implementação de práticas baseadas em evidências. A forma como o modelo foi proposto, permite a comunicação desses constructos para um público interdisciplinar e não apenas entre psicólogos (MICHIE, 2005).

O processo de elaboração do TDF foi realizado em seis etapas: identificação de teorias e constructos teóricos; simplificação desses constructos em domínios teóricos; avaliação da importância dos domínios definidos; avaliação interdisciplinar; validação

dos domínios e questionário de entrevista piloto. Após essas etapas, o resultado foi a identificação de doze domínios, derivados de 33 teorias do comportamento e 128 constructos, que explicam a mudança de comportamento e que são úteis para identificação de barreiras e fatores estimuladores de comportamentos específicos (MICHIE, 2005).

Estudo de validação permitiu o refinamento do instrumento, resultando em catorze domínios, quais sejam: conhecimento, habilidades, papel e identidade social/profissional, memória/atenção/processos de decisão, contextos e recursos ambientais, influencias sociais, regulação emocional, regulação comportamental, crenças sobre aptidão, otimismo, crenças sobre consequências, reforço, intenções e objetivos, englobando 84 constructos (Anexo I). O objetivo deste estudo foi a validação de conteúdo do modelo por 37 especialistas em teorias de mudança do comportamento e que não tinham conhecimento prévio do modelo TDF. A metodologia utilizada foi a ordenação dos domínios/constructos e posterior análise de congruência com modelo original (CANE et al, 2012).

As definições e os respectivos usos na pesquisa estão descritos no Quadro abaixo. A adaptação do modelo para esta pesquisa se deu a partir das perguntas norteadoras propostas por Michie e dos exemplos de conteúdo que respondem a cada um dos domínios, conforme proposto por Blackburn (BLACKBURN, 2015).

Quadro. Domínios do *Theoretical Domains Framework(TDF)*, definições e usos na pesquisa com os nutricionistas da atenção básica do Distrito Federal. 2016.

Domínio	Constructos	Definição	Uso na pesquisa
Conhecimento	Conhecimento; Conhecimento processual; Conhecimento sobre ambiente de tarefas	Conhecimento da existência de algo, no caso, das ações necessárias para o cuidado na atenção básica, sendo avaliado a partir da expressão de ter ou não conhecimento sobre procedimentos ou determinados comportamentos.	Está relacionado ao conhecimento das diretrizes ou protocolos que organizam o cuidado da maneira apresentada bem como o conhecimento sobre as formas de realizar cada uma das ações que compõem o cuidado, conforme apresentado.
Habilidades	Habilidades; Desenvolvimento de habilidades; Competência; Aptidão; Habilidades interpessoais Prática; Avaliação de competências	Aptidão ou proficiência adquirida através da prática, sendo identificado a partir de expressões que descrevem técnicas e capacidades utilizadas na realização das ações.	Podem se referir a habilidades interpessoais (empatia, prática, sensibilidade, abordagem de não julgamento do paciente etc), bem como habilidades adotadas como alternativa à falta de treinamento ou capacitação adequada.
Papel social ou profissional e identidade	Identidade profissional; Papel profissional; Identidade social; Identidade; Fronteiras profissionais; Confiança profissional; Identidade do grupo; Liderança; Comprometimento organizacional.	Conjunto de comportamentos e qualidades pessoais de um indivíduo em um contexto social ou de trabalho. Expressões que revelem como o profissional se percebe, em que extensão ele compreende que a realização daquelas ações é de sua responsabilidade profissional ou social, o quanto a sua identidade pessoal influencia na realização daquela ação ou comportamento.	Está associado ao grau em que o profissional sente que a realização das diversas ações para o cuidado ao indivíduo com excesso de peso é sua atribuição, além da influencia da percepção de sua identidade (gênero, peso corporal ou outras características) no desenvolvimento das ações.

Domínio	Constructos	Definição	Uso na pesquisa
Crenças sobre capacidades	Auto-eficácia; Competências percebidas; Auto-confiança; Crenças; Empoderamento; Auto-estima; Controle comportamental percebido; Confiança profissional	Associado à aceitação da veracidade e validade sobre uma habilidade ou talento que o profissional tenha e que utiliza em prol de algo. Expressões sobre a confiança do profissional; julgamentos sobre sua competência e controle quanto às habilidades na realização das ações; expressões que indiquem expectativas de realizar determinada ação em função da sua confiança e competência para realiza-la.	Capacidade percebida pelos profissionais para realizar as ações que comporiam a atenção nutricional na atenção básica, conforme apresentado.
Otimismo	Otimismo; Pessimismo; Otimismo irreal; Identidade	Confiança de que as ações serão realizadas para o bem e que objetivos desejados serão atingidos, ou o contrário (associando-se ao constructo pessimismo).	Identificado a partir de expressões que identifiquem, por exemplo, uma percepção geral de que realizar determinadas ações frente à obesidade é algo positivo para o cuidado efetivo ou mesmo a crença de que essas ações não darão certo e que as expectativas das pessoas não serão supridas.
Crenças sobre consequências	Crenças; Expectativa de resultados; Características das expectativas de resultados; Arrependimento antecipado; Consequências	Aceitação da veracidade e validade sobre as consequências ou resultados de um comportamento em determinada situação.	Expressões que indiquem que o profissional acredita que realizar ou não o conjunto de ações apresentado resultará em algo, positivo ou negativo para ele, para a equipe ou para o indivíduo propriamente dito.

Domínio	Constructos	Definição	Uso na pesquisa
Reforço	Recompensas (proximais/distais; valoradas/não valoradas; prováveis/improváveis); Incentivos; Punição; Resultados/efeitos; Reforço; Contingentes; Sanções	Aumento da probabilidade de uma resposta a partir da relação entre a existência um determinado estímulo e a ocorrência dessa resposta. Difere do domínio anterior por não estar associado a crenças, mas sim a um aprendizado associativo.	Será identificado mediante expressões que indiquem que a realização do conjunto de ações proposto está associada a alguma recompensa ou punição, por exemplo, proveniente da gerência da unidade, de membros da equipe etc.
Intenções	Estabilidade das intenções; Modelos de mudança de comportamento; Modelo transteórico e estágios de mudança	Trata de uma decisão consciente para realizar um comportamento ou a decisão de agir em determinada direção. Está mais relacionado a uma disposição de iniciar ou finalizar um comportamento.	Será identificado a partir do quanto o profissional está disposto a realizar as ações previstas para o cuidado ao indivíduo com excesso de peso e o quanto essas ações são priorizadas.
Objetivos	Objetivos (distais e proximais); Prioridades de objetivos; Estabelecimento de objetivos/metasp; Objetivos (autônomos ou controlados) Planejamento das ações; Intenção de implementação	Refere-se a representações mentais de resultados ou determinados cenários futuros os quais os profissionais desejam alcançar. Relaciona-se a um cenário futuro em direção do qual o indivíduo dirige suas ações, ou seja, o propósito das atividades ou dos esforços empregados.	Será identificado a partir de expressões sobre aonde se pretende chegar em termos de cuidado ao se realizar cada uma das ações que compõe o cuidado ao indivíduo com excesso de peso

Domínio	Constructos	Definição	Uso na pesquisa
Memória, atenção e processos de decisão	Memória; Atenção; Controle de atenção; Tomada de decisão Esgotamento cognitivo / cansaço	Refere-se à habilidade de reter informações, focar seletivamente em aspectos do ambiente e escolher entre duas ou mais alternativas de comportamento.	Pode ser identificado a partir de assertivas sobre situações nas quais os profissionais se lembram ou esquecem de realizar as ações previstas; abordagens cognitivas para realizar o comportamento ou fazer uma rápida decisão; limitações cognitivas como esquecimento ou não ser capaz de tomar determinada decisão em relação ao cuidado.
Contexto ambiental e recursos	Recursos / recursos materiais; Estressores ambientais; Cultura / Clima organizacional; Eventos salientes / incidentes críticos; Pessoa x interação ambiental; Barreiras e facilitadores	Qualquer circunstância associada a uma situação ou ambiente que encoraja ou desencoraja o desenvolvimento de habilidades, independência, competência social ou comportamento adaptativo. Associa-se a estressores ambientais, recursos materiais, cultura organizacional, incidentes, interações com ambiente.	A declaração da ausência ou presença, ou mesmo a expressão do desejo da presença, de algum equipamento, recurso, serviço, estrutura organizacional que facilita ou impede a realização do cuidado aos indivíduos refletem fatores do contexto ambiental e recursos que influenciam no comportamento do profissional.
Influências Sociais	Pressão Social; Normas sociais; Conformidade do grupo; Comparações sociais; Normas do grupo; Apoio do grupo; Poder; Conflitos intergrupo; Alienação; Identidade do grupo; Modelagem.	Processos interpessoais que influenciam na mudança de pensamentos, sentimentos ou comportamentos do indivíduo. As interações que influenciam o comportamento podem estar associadas, por exemplo, a indivíduos, pacientes, equipe de trabalho, chefias, relações hierárquicas	Assertivas que demonstram que determinada relação coloca em risco o desenvolvimento das ações (por exemplo em função de conflitos de papéis e atribuições dentro da equipe) ou mesmo que a forma de interação com o paciente (se positiva ou negativa) pode condicionar a realização ou não de determinado cuidado.

Domínio	Constructos	Definição	Uso na pesquisa
Emoções	Afeto; Estresse; Depressão; Medo; Burn-out; Afetação positiva/negativa; Ansiedade	Padrões de reações complexas que envolvem elementos comportamentais, psicológicos e vivenciais, pelos quais o indivíduo lida com uma questão ou evento relevante.	Expressões de reações emotivas ou estados emotivos frente à realização das ações são fatores que influenciam no comportamento, por exemplo, quando o profissional afirma que se sente constrangido a pesar e medir determinados pacientes ou que relata um sentimento de profunda empatia em realizar uma assistência terapêutica a indivíduos que realizaram bariátrica.
Regulação comportamental	Auto-monitoramento; Quebra de hábitos; Planejamento das ações	Qualquer coisa que objetiva organizar, gerir ou mudar de forma objetiva determinadas ações.	Assertivas onde o profissional deseja avaliação ou feedback do comportamento, ou quando se refere a processos necessários ou em curso para monitorar a realização da ação, ou seja, esforços conscientes que regulam o comportamento

Fonte: adaptado de Michie (2005).



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA

Diversos estudos utilizaram o TDF para análise da implementação de intervenções pelos profissionais de saúde quanto a ações relacionadas, por exemplo, à vacinação (HELMS et al, 2011), ortopedia (MICHIE, 2008), saúde mental (MICHIE, 2007; HETRICK et al, 2010), doenças cardiovasculares (McCLUSKEY et al, 2010) e prevenção e controle do tabaco (AMEMORI et al, 2011), bem como em revisões sistemáticas sobre comportamento alimentar, consumo alimentar, fraturas ósseas e manejo do peso corporal (EDWARDS, 2010; GUILLAUMIE, 2010; ZHU, 2011; LITTLE, 2015). Os estudos mostraram evidências dos impactos positivos da utilização do TDF nessas pesquisas, sendo que grandes potencialidades do instrumento são a abrangência teórica, capacidade de elucidar crenças que podem significar mediadores-chaves na mudança de comportamento, a utilidade de uma base conceitual para abordar problemas de implementação, possibilidade de desenhar estratégias de intervenção que melhorem a prática em saúde e a compreensão dos processos de mudança de comportamento (FRANCIS, 2012).

Existem diversos modelos e constructos teóricos que explicam a mudança de comportamento, no entanto a infinidade de conceitos e explicações dificultam a seleção e aplicação dessas teorias psicológicas, demandando um processo de simplificação e de maior clareza para aumentar a acessibilidade e utilidade de teorias psicológicas que explicam a mudança de comportamento. Nesse sentido, o TDF se apresenta como um instrumento útil, especialmente para pesquisadores fora da área da psicologia, para qualificar e aprofundar a avaliação da prática profissional.

Ao permitir uma análise dos diferentes domínios que influenciam no comportamento, o TDF foi utilizado para avaliar as barreiras e fatores – em suas diferentes naturezas - que influenciam o cuidado prestado pelas nutricionistas da atenção básica do Distrito Federal aos indivíduos com excesso de peso a partir dos domínios propostos.

Análise dos dados

As entrevistas foram transcritas verbatim no Microsoft Word e importadas no software nVIVO (v.10) que, além de permitir a visualização do corpus, facilita o



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA

processo de organização e análise dos dados. Por meio do nVIVO, as entrevistas foram analisadas categoricamente a partir da técnica de análise de conteúdo proposto por Bardin (QSR INTERNACIONAL, 2014; BARDIN, 2011).

Foi utilizado o referencial teórico da Teoria das Representações Sociais, segundo Moscovici (MOSCOVICI, 2011), que entende que a sociedade é constituída em um plano simbólico configurado por meio do compartilhamento de valores, ideias e práticas, ou seja, as representações sociais. A partir da relação entre interação e comunicação, configura-se o que Jodelet denomina “conhecimento prático”, ou seja, as representações dizem respeito não apenas à maneira como os indivíduos compreendem determinado objeto, mas como, a partir dos sentidos que compartilham, interagem, modificam e atuam em sua realidade em determinados contextos (JODELET, 1989).

A análise de conteúdo se define como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos que buscam compreender a articulação entre a *superfície do texto* (o conteúdo descrito nas mensagens) e os *fatores que determinam essas características* (deduzidas logicamente). Com isso, busca-se uma correspondência entre a estrutura semântica ou linguística das falas com as estruturas psicológicas ou sociológicas dos enunciados, como condutas, ideologias e condutas, permitindo a realização de deduções lógicas ou justificadas quanto às mensagens (BARDIN, 2011).

O método proposto por Bardin compreende três momentos: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A pré-análise consiste na fase de organização do material a ser analisado; realização de leitura flutuante para se ter contato com o material e permitir emergir hipóteses e impressões; definição do *corpus* de análise; elaboração optativa de um corpus de hipóteses; referenciação de índices e indicadores e preparação do material. O segundo momento é a exploração do material por meio de operações de codificação, decomposição ou enumeração. A terceira fase é o tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Os discursos transcritos foram lidos em sua íntegra e então partiu-se para a realização de recortes no texto para identificação das *unidades de registro*, compreendidas como unidades imbuídas de significado e correspondes segmentos de



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA

conteúdo a serem categorizado. Para definição das unidades de registro foi escolhida a *análise temática*, que objetivou identificar os “núcleos de sentido” das falas dos profissionais, não estando restrita a palavras ou expressões apenas, mas sentidos completos que expressam as opiniões, percepções, atitudes e crenças. Para compreensão do significado das unidades de registro, foram identificadas as *unidades de contexto*, compreendidos como segmentos do conteúdo mais abrangentes que as unidades de registro mas que ajudam a compreender em que contexto e circunstância os temas identificados estão articulados.

As respostas referentes ao primeiro bloco de perguntas foram categorizadas segundo os tópicos propostos: identificação dos determinantes do excesso de peso; identificação das ações que eram desenvolvidas para o cuidado ao indivíduo com excesso de peso; resultados observados no cuidado realizado; desafios percebidos e melhorias necessárias para um cuidado mais efetivo. Dentro de cada um desses tópicos, as unidades de registro foram identificadas e categorizadas segundo os temas que emergiram nas falas.

As respostas do segundo bloco foram categorizadas a partir da correspondência de cada um dos domínios propostos pelo TDF, observando-se as orientações de Michie sobre quais os respectivos constructos estão relacionados a cada domínio e quais exemplos de conteúdo relevante espera-se em cada domínio, a semelhança do proposto por Blackburn (MICHIE, 2005; BLACKBURN, 2015). Dentro de cada domínio, as unidades de registro foram codificadas e posteriormente agrupados em categorias que representassem os desafios e barreiras percebidos pelos profissionais para realização do cuidado a partir de cada um dos domínios do TDF.

Para facilitar a compreensão do conjunto de domínios do TDF, optou-se em discutir os resultados a partir do modelo sintético proposto por Michie, denominado “*COM-B*”, que apresenta as três condições necessárias para que um determinado comportamento ou a realização de ações de caráter voluntário ocorram: Capacidade, Oportunidade e Motivação (MICHIE, 2011). Segundo a autora, há correspondência entre os domínios do TDF e esses três componentes, o que facilita a identificação das distintas naturezas dos domínios apresentados.



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA

A fim de se garantir a não identificação dos profissionais, optou-se por atribuir códigos aos trechos dos locutores identificando apenas o tipo de equipe ao qual está vinculado seguido de números sequenciais: TRAD1 a TRAD7 – referindo-se aos nutricionistas integrantes de equipes tradicionais de AB; ESF1 a ESF 5 – referindo-se aos nutricionistas integrantes de equipes de apoio à ESF; e NASF1 a NASF4 – referindo-se aos nutricionistas integrantes de equipes NASF.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Artigo 1³

Título: O nutricionista e o cuidado ao indivíduo com excesso de peso na atenção básica do Distrito Federal

Título em inglês: Overweight management by nutritionist in primary health care

Autores:

Ana Luisa Souza de Paiva

Nutricionista. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Nutrição Humana da Universidade de Brasília – PPGNH/UnB

Elisabetta Recine

Orientadora Professora Doutora. Departamento de Nutrição da Universidade de Brasília – NUT/UnB

RESUMO

O objetivo do trabalho é compreender a percepção dos nutricionistas da atenção básica do Distrito Federal quanto aos determinantes do excesso de peso e aos desafios para melhoria das ações desenvolvidas. Trata-se de um estudo qualitativo, realizado por meio de 16 entrevistas semiestruturadas a partir do *Theoretical Domains Framework (TDF)*. Foram realizadas análise temática e de conteúdo. Os desafios para um cuidado mais integral abrangem o campo da formação profissional, consolidação de um modelo de atenção adequado às condições crônicas e conformação de equipes multiprofissionais.

³ Artigo submetido à revista Ciência e Saúde Coletiva.



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA

Palavras-chaves: nutricionista, atenção básica, obesidade, assistência à saúde, integralidade.

ABSTRACT

The purpose of this study is to comprehend the perception of the primary health care nutritionists concerning overweight determinants, delivered care and challenges and perceived barriers towards a more integrative care. This is a qualitative study, conducted through 16 semistructured interviews using the Theoretical Domains Framework (TDF). Content and thematic analyses were used. The barriers identified towards a more integrative care were related to vocational training, consolidation of a chronic condition model of care and formation of multidisciplinary teams.

Key-words: nutritionists, primary health care, obesity, health care, integrality in health.

INTRODUÇÃO

O excesso de peso (EP) é compreendido como um agravo de caráter multifatorial, envolvendo não apenas fatores biológicos e de causa individual, mas também a interação de fatores sociais, culturais, econômicos e históricos que determinam as escolhas alimentares, a oferta e disponibilidade de alimentos, a organização de espaços para práticas saudáveis e o modo de vida dos indivíduos e da sociedade, ou seja, envolvem fatores que extrapolam o setor saúde¹⁻³.

O enfrentamento do EP só será efetivo com a superação da visão fragmentada do fenômeno, que privilegia a determinação nos aspectos individuais do problema. É necessária a articulação de ações intersetoriais e multidimensionais que reconheçam a interação recíproca entre fatores individuais e fatores ambientais tanto na etiologia da obesidade quanto na implementação de estratégias de prevenção e controle^{1,4}. Nesse contexto, a atenção básica (AB) é um importante *locus* para a prevenção e o cuidado aos indivíduos com sobrepeso e obesidade, estando organizada com um alto grau de capilaridade e ser fundamentada no vínculo com a população sob sua responsabilidade. As relações de cuidado estabelecidas entre as equipes e os usuários permitem um aprofundamento na compreensão nos determinantes relacionados ao ganho de peso excessivo e na articulação de ações de prevenção e controle do EP⁵⁻⁶. Buscando qualificar a atuação dos profissionais da AB no cuidado aos indivíduos com EP, o



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA

Ministério da Saúde publicou diversos materiais que tratam da organização e cuidados ao indivíduo com EP no SUS ^{7,8}.

A percepção e atitude dos profissionais de saúde frente à questão do EP é fator crucial para realização de um cuidado efetivo, no entanto tem-se observado que saberes e práticas ainda são bastante permeados por estigmas e interpretações errôneas ⁹⁻¹¹. Existem diversos fatores que influenciam na prática do profissional de saúde ao lidar com a obesidade, envolvendo aspectos referentes desde ao nível de conhecimento sobre a temática até os aspectos referentes às motivações, crenças e atitudes dos próprios profissionais, condicionando profundamente a qualidade do cuidado prestado ¹²⁻¹⁴. A complexidade da interação desses fatores demanda uma análise da prática profissional a partir de distintos conceitos relacionados ao comportamento humano, aproximando elementos da psicologia social à compreensão da realidade do cuidado em saúde ¹⁵.

Diante da complexidade etiológica e de cuidado do sobrepeso e obesidade, o objetivo deste estudo foi identificar os fatores que influenciam no cuidado realizado por nutricionistas da AB do Distrito Federal aos indivíduos com EP, identificando como estes profissionais compreendem os fatores determinantes, quais ações desenvolvem para prevenção e cuidado e quais barreiras e potencialidades são percebidas para a realização da atenção nutricional aos indivíduos com EP conforme preconizado para a AB.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caráter qualitativo. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, com os nutricionistas da AB do Distrito Federal. Todos os profissionais nutricionistas em atuação na AB foram convidados por meio de uma carta-convite encaminhada por e-mail e, para aqueles que se dispuseram a participar, foi realizada uma entrevista presencial. A estes foram apresentados, para leitura e consentimento assinado, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o “Termo de Autorização para Uso de Som e Imagem para Fins de Pesquisa”. Os áudios das entrevistas foram gravados e posteriormente transcritos para análise.



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA

O roteiro de entrevista, pré testado com cinco profissionais em atividade na AB de outras localidades, foi composto por dois blocos. O primeiro bloco continha perguntas referentes ao entendimento dos nutricionistas quanto aos fatores determinantes do EP; às ações desenvolvidas no cuidado a esses indivíduos bem como a percepção dos resultados dessas ações e dos desafios enfrentados. O segundo bloco de perguntas foi antecedido de uma leitura do conjunto de ações propostas para a atenção nutricional na AB aos indivíduos com EP a partir das diretrizes publicadas pelo Ministério da Saúde: acolhimento dos indivíduos; ações de vigilância alimentar e nutricional; apoio ao autocuidado; assistência terapêutica multiprofissional; assistência terapêutica multiprofissional aos indivíduos a se submeter ou submetidos à cirurgia bariátrica; coordenação do cuidado; ações de promoção da saúde e prevenção do EP⁶⁻⁷. A intenção de se abordar o cuidado a partir dos componentes previstos nesses documentos foi adotar um referencial explícito e único sobre o que seria a “atenção nutricional ao indivíduo com sobrepeso e obesidade”, permitindo uma análise comparativa por parte dos profissionais entre proposta e realidade.

As perguntas deste bloco foram elaboradas tendo como referência o *Theoretical Domains Framework* – TDF proposto por Michie e colaboradores¹⁵. Este modelo se propõe a analisar, sob a ótica de diferentes teorias do comportamento, os principais fatores – agrupados em domínios- relacionados ao comportamento para a implementação de práticas baseadas em evidências. Nesta pesquisa utilizou-se os catorze domínios identificados por Cane e colaboradores em estudo de validação¹⁶. O TDF foi utilizado, então, para avaliar as barreiras e fatores – em suas diferentes naturezas - que influenciam o cuidado prestado pelas nutricionistas aos indivíduos com EP a partir das ações propostas para serem realizadas na AB.

O projeto foi aprovado pelos Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília (CEP – FS/UNB) e Comitê de Ética da instituição coparticipante, FEPECS/SES/DF (Pareceres nº 1.524.237 e 1.559.798, respectivamente). As entrevistas foram realizadas entre os meses de maio e julho

Análise dos dados



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA

As entrevistas foram transcritas verbatim no Microsoft Word e importadas no software nVIVO (v.10) ¹⁷. Por meio do nVIVO, as entrevistas foram analisadas categoricamente a partir da identificação dos domínios definidos pelo TDF e seus conteúdos e sentidos analisados a partir da técnica de análise de conteúdo proposto por Bardin, a partir do referencial teórico das Representações Sociais de Moscovici¹⁸. Dentro de cada um dos blocos, o conteúdo foi categorizado por meio da análise temática.

Dentro de cada um dos blocos, as unidades de registro foram identificadas e categorizadas segundo os temas que emergiram nas falas, observando-se para o bloco que utilizou o TDF as orientações de Michie sobre quais os respectivos constructos estão relacionados a cada domínio e quais exemplos de conteúdo relevante espera-se em cada domínio, a semelhança do proposto por Heslehurst ^{15,19}.

Para facilitar a compreensão do conjunto de domínios do TDF, optou-se em discutir os resultados a partir do modelo sintético proposto por Michie, denominado “*COM-B*”, que apresenta as três condições necessárias para que um determinado comportamento ou a realização de ações de caráter voluntário ocorram: Capacidade, Oportunidade e Motivação ^{20,16}. A fim de se garantir a não identificação dos profissionais, optou-se por atribuir códigos aos trechos dos locutores identificando apenas o tipo de equipe ao qual está vinculado seguido de números sequenciais: TRAD1 a TRAD7 – para os nutricionistas integrantes de equipes tradicionais de AB; ESF1 a ESF 5 – para os nutricionistas integrantes de equipes de apoio à ESF; e NASF1 a NASF4 – para os integrantes de equipes NASF.

RESULTADOS

O Distrito Federal conta com 75 nutricionistas na AB, sendo que participaram da entrevista 16 nutricionistas, representantes de todas as Superintendências de Saúde do Distrito Federal. A maioria das participantes era do sexo feminino (n=14), na faixa etária de 31 a 40 anos, o tempo de formação em Nutrição variou de 4 a 30 anos e o tempo de serviço no local atual de trabalho foi majoritariamente de até cinco anos (n=12). Os profissionais atuavam na AB tradicional (n=7); apoio à Estratégia Saúde da Família (ESF) – ou seja, são profissionais que estão vinculados à Unidade Básica de



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA

Saúde, atendem também às demandas que surgem das Equipes de Saúde da Família, mas não integram formalmente uma equipe multiprofissional como NASF - (n= 5) e Núcleo de Saúde da Família (NASF) (n=4).

Quanto aos principais determinantes ou causas do EP, todos os profissionais identificaram fatores relacionados ao comportamento dos indivíduos, especialmente em relação a hábitos alimentares inadequados, sedentarismo, fatores psicológicos e desmotivação. Foi apontada também a falta ou inadequação das informações sobre alimentação às quais estão expostos.

Fatores sociais e ambientais foram identificados por dez dos entrevistados, especialmente em relação ao contexto familiar e as dinâmicas alimentares, caracterizadas pelo apelo ao consumo de alimentos industrializados e perda dos hábitos alimentares tradicionais, resultantes do processo de globalização. A publicidade de alimentos industrializados, baixo preço dos *fast-foods* e a crença de que alimentação saudável é cara foram citados como determinantes que levam ao aumento do consumo de produtos industrializados.

Em relação às ações que são desenvolvidas pelos profissionais, os resultados foram analisados a partir de cada um dos tipos de equipes aos quais os profissionais estão vinculados, entendendo que possuem lógicas de trabalho distintas.

Figura 1. Ações desenvolvidas pelos nutricionistas de equipes tradicionais da atenção básica. Distrito Federal, 2016.



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA

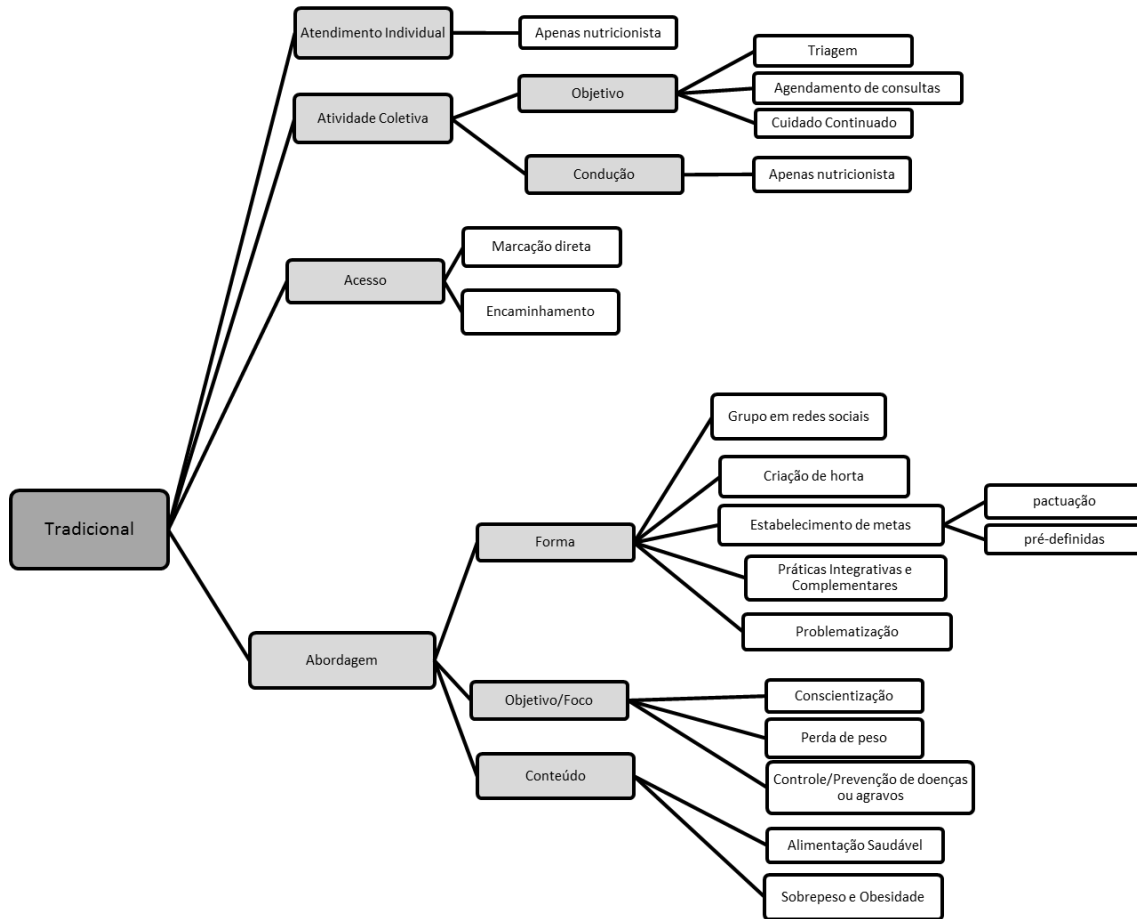


Figura 2. Ações desenvolvidas pelos nutricionistas de equipes de apoio à Estratégia Saúde da Família. Distrito Federal, 2016.



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA

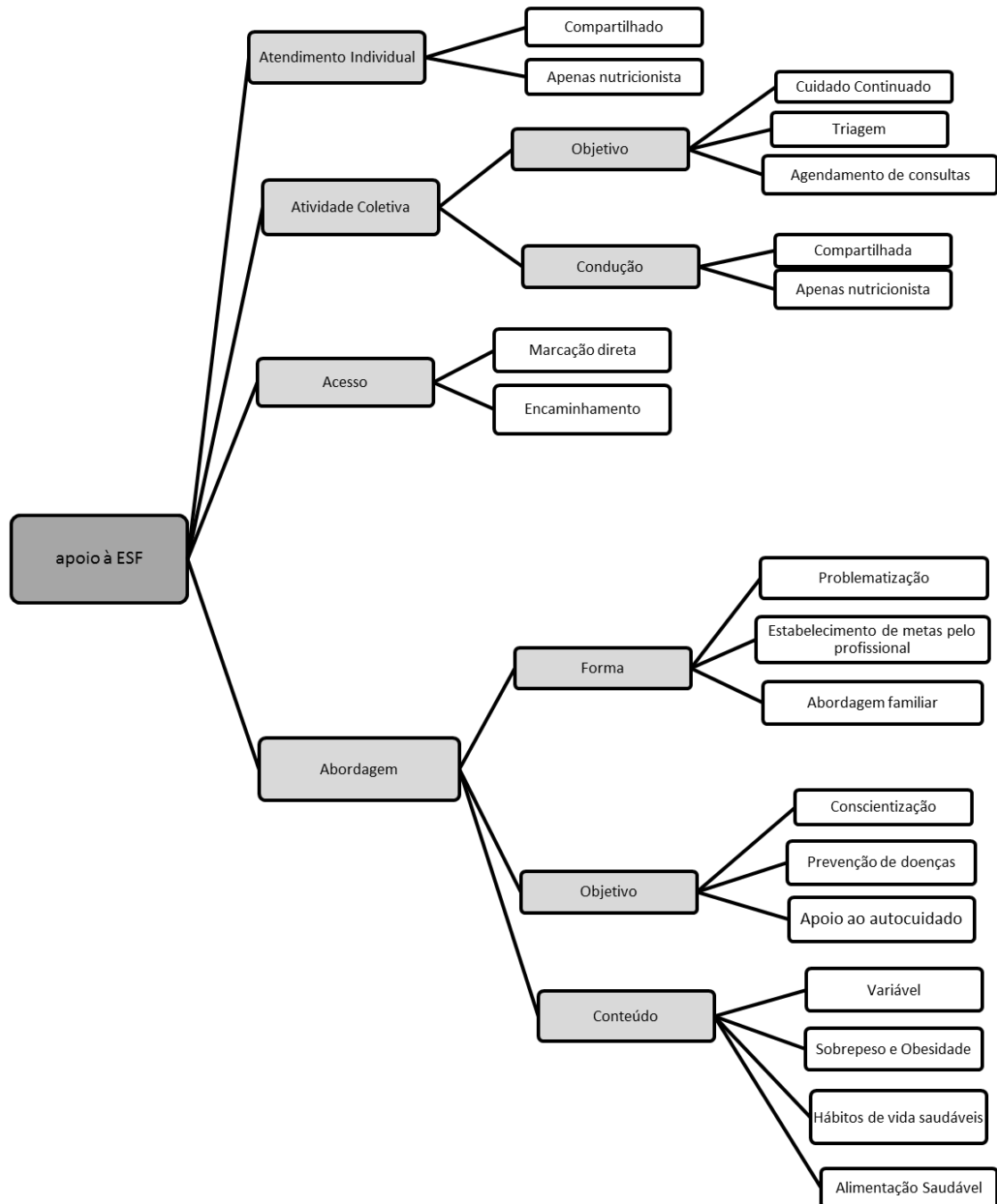
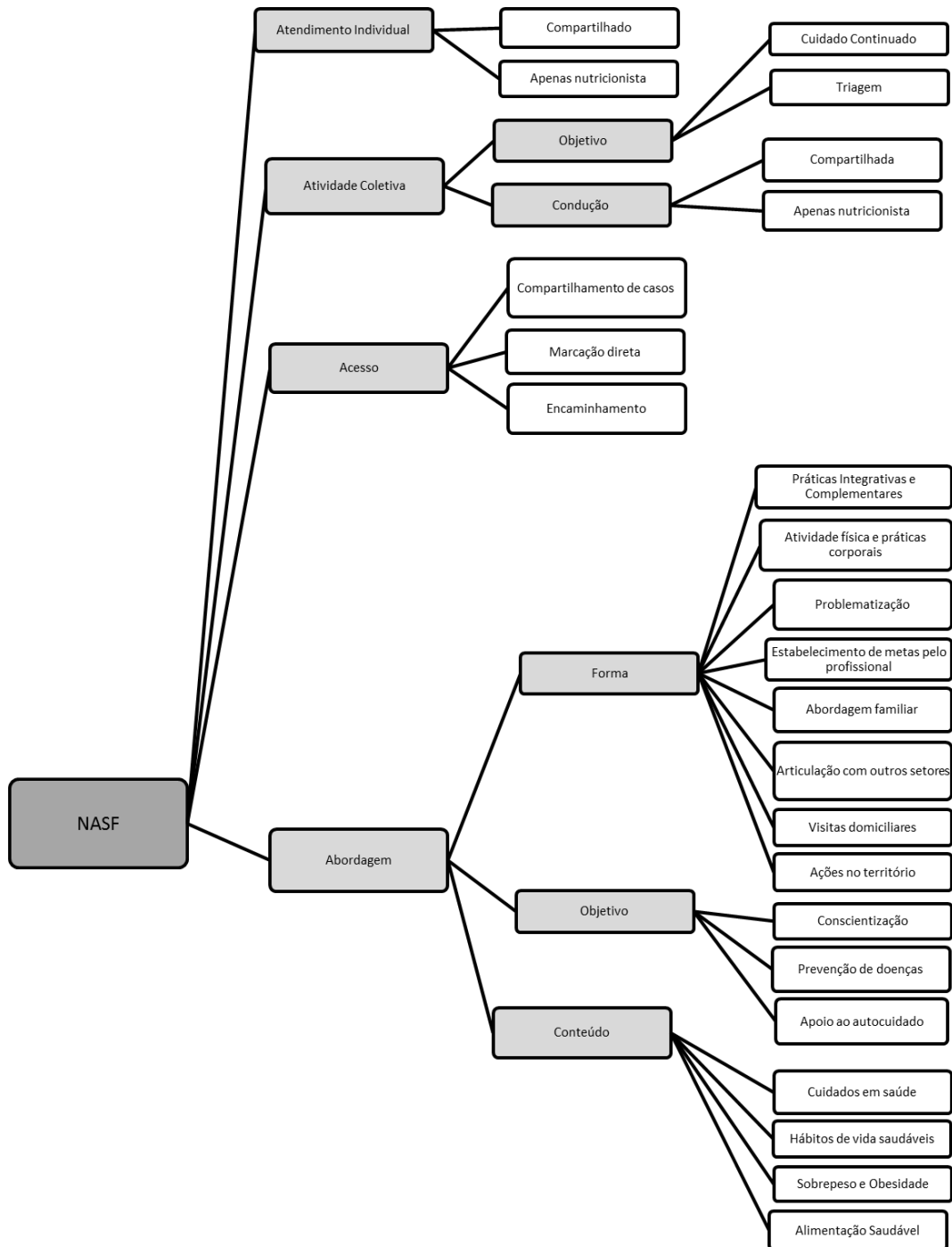




Figura 3. Ações desenvolvidas pelos nutricionistas de equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Distrito Federal, 2016.





UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA

Nas equipes tradicionais, a condução das ações é feita basicamente pelo nutricionista, enquanto nos NASFs e apoio às ESF foram mencionados atendimentos compartilhados. Quanto aos objetivos das atividades coletivas, grande parte dos profissionais relatou que consistem de palestras iniciais com o objetivo de triagem ou agendamento das consultas individuais, e apenas três profissionais relataram realização de atividades coletivas com caráter de cuidado continuado.

Quanto à abordagem, observam-se diferentes formas de realizar as ações, incorporando-se, no caso do NASF, para além das estratégias de interação individual ou em grupo, práticas corporais e de atividade física, articulação com outros setores e ações no território. Os objetivos do cuidado estão direcionados prioritariamente aos indivíduos em si, no que tange mudança de comportamento, conscientização, prevenção de agravos e autocuidado. Destaca-se o fato de ter surgido entre os profissionais das equipes de apoio à ESF e NASF conteúdos que extrapolam o campo da nutrição como os de cuidados em saúde e hábitos de vida saudáveis.

Quando aos resultados do cuidado prestado, 12 nutricionistas destacaram a descontinuidade do cuidado em decorrência do absenteísmo dos indivíduos. Melhorias de saúde e na qualidade de vida dos indivíduos, mudança de hábitos alimentares e aumento da consciência para mudança de comportamento foram outros resultados apontados. Quatro profissionais relataram não saber identificar quais resultados do cuidado prestado, indicando ausência de monitoramento e acompanhamento e dificuldade de mensuração de resultados.

Em relação às melhorias necessárias frente aos desafios percebidos, grande parte dos profissionais apontaram mudanças nos processos de trabalho e melhorias nos aspectos estruturais e ambientais. Alguns citaram a necessidade de uma forma de cuidado mais holística, maior ênfase em ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

As principais barreiras e desafios para a realização do cuidado ao indivíduo com EP a partir do modelo de cuidado proposto para a AB que foram analisados a partir do TDF estão apresentados no Quadro abaixo.



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA

Quadro. Barreiras e desafios para o cuidado ao indivíduo com excesso a partir dos domínios do *Theoretical Domains Framework (TDF)*. Distrito Federal, 2016.

Componente do "COM-B"	Domínio do comportamento	Desafio/barreira
Capacidade	Conhecimento	Desconhecimento do cuidado da forma como foi apresentada
		Desconhecimento de algumas das ações apresentadas
		Reconhecimento do modelo por semelhança com o trabalho realizado
		Desconhecimento do fluxo na Rede de Atenção à Saúde
	Habilidades	Dificuldade em se trabalhar em equipe
		Dificuldades na abordagem com o paciente
		Incertezas quanto ao cuidado com indivíduo submetido à bariátrica
	Regulação Comportamental	Falta de planejamento da equipe
		Inexistência de protocolo de atenção
		Falta de organização pessoal
		Falta de cobrança da chefia
	Oportunidade	Influências Sociais
Desvalorização do nutricionista pela equipe		
Críticas e conflitos relacionais		
Baixo comprometimento dos níveis de gestão		
Contexto Ambiental e Recursos		Inadequação e insuficiência do espaço físico para realização das ações
		Falta de recursos e insumos
		Rede de Atenção à Saúde e modelo de atenção não consolidados
		Insuficiência de profissionais
		Desequilíbrio entre demandas e carga horária disponível
Motivação	Crenças sobre Consequências / Otimismo	Inequidades no atendimento
		Descrença no modelo e na sua implementação
		Otimismo quanto ao modelo está condicionado ao envolvimento da equipe
		Otimismo quanto ao modelo está condicionado à forma de abordagem do cuidado
		Otimismo quanto ao modelo está condicionado ao interesse do indivíduo em mudar
		Modelo burocrático
	Crenças sobre Capacidades	Necessidade de capacitação



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA

		Necessidade de apoio da equipe para implementação das ações
		Não se sente apto para realizar determinadas ações
	Objetivos	Concorrência com objetivos de produtividade e processos administrativos.
	Papel social/profissional e identidade	Conflito entre papéis do nutricionista e papel da equipe
		Conflito quanto a atribuições que acreditam ser de responsabilidade de outro ponto de atenção
		Estranhamento do cuidado ao indivíduo bariátrico na Atenção Básica
		Demanda por competências e habilidades que extrapolam o núcleo da profissão
	Reforço	Falta de apoio da equipe
		Desmotivação da equipe
		Imposição de ações pela gestão
	Emoções	Frustração frente aos resultados
		Ansiedade e sentimento de impotência para gerar mudança de comportamento
		Raiva e indignação
		Culpa

Fonte: elaboração própria.

Notas: Não foram identificadas barreiras relacionadas aos domínios “Intenções” e “Memória, atenção e processos de decisão”.

Em relação ao domínio “conhecimento”, observou-se grande desconhecimento do modelo apresentado por parte dos nutricionistas, sendo que alguns referiram uma semelhança com a proposta da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade que vem sendo elaborada para uma determinada área do DF. Outros referiram desconhecer a definição exata de algumas das ações apresentadas, como apoio ao autocuidado e promoção da saúde; houve também desconhecimento sobre o exato fluxo de atendimento na Rede de Atenção à Saúde.

Quando às habilidades, trabalhar em equipe surgiu como uma grande barreira, relacionada à dificuldade de sensibilizar os demais profissionais para a realização de um cuidado conforme apresentado. Os nutricionistas relataram dificuldades na abordagem com o indivíduo com EP, especialmente quanto às estratégias mais efetivas a serem adotadas.

“Olha, eu acho que o acolhimento, quase tudo eu faço empiricamente, porque a gente não teve um curso: “Faça acolhimento e tal.” Então eu acho que eu conheço como fazer um acolhimento, uma análise também sei fazer. Ações de



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA

promoção é meio vago, eu faço algumas ações de promoção e tudo mais.” (TRAD4)

Em relação ao domínio “regulação comportamental”, identificou-se como barreira a falta de planejamento da equipe, que impede a definição de prioridades, cronograma, fluxos e atribuições, bem como a falta de uma chefia que incentive a equipe. Soma-se a isso, a percepção de falta de organização pessoal e a percepção de inexistência de um protocolo que oriente o que deve ser feito e como.

“Então padronizar certas ações [...] porque tem que ser um protocolo, um protocolo tem que ser escrito para não ficar no disse me disse. Então eu acho que a partir do momento que tem um protocolo escrito, eu acredito não ter dificuldades, mas falar assim por alto eu não saberia muito não, mas por escrito a gente corre atrás.” (ESF4)

“O processo de trabalho aqui não tem, não tem perfil, diabetes funciona mais ou menos, mas não tem nenhum fluxograma, nenhum paciente chega e não sabe para onde que ele vai, sabe? Então essa falta de organização no serviço pesa muito aqui” (TRAD 2)

Quanto às crenças sobre consequências/otimismo, grande parte dos profissionais percebe que a proposta de um cuidado mais integral pode ser mais efetivo no cuidado ao indivíduo com EP, mas identificam que pode desencadear inequidades no atendimento, como o aumento no tempo de espera para consulta, menor disponibilidade para outros indivíduos e agravos em saúde, esquecimento do cuidado às crianças. O otimismo frente ao modelo proposto mostrou-se condicionado: ao envolvimento obrigatório de todos os profissionais da equipe; à forma como essas ações serão realizadas – ou seja, não apenas a existência do fluxo ou definição de ações, mas como será a abordagem dentro de cada uma das ações propostas; à vontade do próprio indivíduo que está sendo cuidado.

“[...]desde que tenha um envolvimento de toda a equipe que trabalha, não é? [...]É todo um envolvimento, é toda uma cadeia, não é? E não é só a gente aqui na ponta, só, é gente que está lá atrás [...] eu acho boa, só que depende de como for feito, da forma, da forma das pessoas que vão estar fazendo.” (NASF1)

“Eles colocam isso no papel lindo e maravilhoso, e não chegam para a gente aqui, para a equipe, apresentam isso, propõe [...] é



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA

“muito linda essa proposta, linda e maravilhosa, se tivesse um Coordenador para encaminhar isso, fazer funcionar isso, motivar isso, a motivação seria 100% dos profissionais se funcionasse. Mas não, só ficou no papel.” (TRAD5)

“Não daria conta assim, porque a gente tem que ser realista, não é? Porque se o indivíduo não internalizar, que ele precisa mudar, que... A gente pode fazer o que a gente quiser, que não vai resolver, não é?” (ESF1)

“[...] eu acho que seria talvez assim 60%, que eu acho que 40% realmente tem que ser da pessoa querer mudar, fazer suas próprias escolhas” (NASF4)

Quanto às crenças sobre capacidades, os profissionais expressaram que, para de fato realizarem as ações propostas, precisariam de apoio de outros profissionais, visto que entendem que não conseguiriam sozinhos. Identificaram também a necessidade de maior capacitação e aperfeiçoamento contínuos, inclusive para realização de ações no território e realização do cuidado ao indivíduo submetido à bariátrica.

Em relação aos objetivos, todos os profissionais reconheceram como objetivo da proposta apresentada a melhoria da eficácia e efetividade do cuidado. A única barreira identificada em relação a este domínio diz respeito ao conflito com outros objetivos que precisam alcançar no trabalho, especialmente quanto ao cumprimento de produtividade, alta demanda e preenchimento de formulários para os sistemas de informação.

Dentro do domínio “papal profissional/social e identidade”, os nutricionistas identificam que cuidar do indivíduo com EP é sua atribuição enquanto profissional, no entanto percebem limitações na formação quando se deparam com situações em que os indivíduos apresentam questões no campo social, psicológico ou econômico e que demandam uma abordagem para além do campo de práticas e saberes da nutrição.

“[...]às vezes você vê a pessoa está afogada em problemas e você não sabe como abordar, você fica com receio de entrar e não saber como sair, e aparecer um trauma pior.” (ESF5)

“[...]porque é uma realidade talvez de um psicólogo, são realidades difíceis que a gente encontra e a gente não tem essa formação para lhe dar com isso e o paciente acaba precisando



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA

de uma resposta, assim: “O que eu vou fazer, eu não tenho dinheiro, eu perdi o emprego...”(TRAD2)

Outra barreira apresentada diz respeito ao conflito entre identidade profissional e a identidade da equipe, ou seja, ainda que os profissionais reconheçam que cuidar de indivíduo com EP é sua atribuição, entendem que essa responsabilidade deve ser compartilhada com a equipe como um todo. Esse fato, muitas vezes condiciona a atuação do nutricionista no sentido de não realização de ações caso a equipe inteira não esteja realizando.

“[...]se vamos fazer, vamos fazer, mas por equipe, por exemplo, SISVAN, eu não faço SISVAN, a gerente sabe disso, porque é um trabalho que tem que ser feito com toda a equipe, eu me nego a fazer uma coisa enviesada [...] então eu me neguei a fazer. Se todo mundo, por exemplo fizer a sua parte do jeito que tem que ser, eu sou a primeira: “Vamos lá fazer[...]” (o gerente da unidade) ele virou e falou assim: “Eu não vou obrigar nenhum outro profissional a fazer.” Então está bom, se não obriga ninguém, então não pode me obrigar” (ESF4).

Quando questionados sobre o que desencorajaria a realização do cuidado ao indivíduo com EP (domínio “reforço”), os nutricionistas apresentaram como tema central a equipe. As barreiras apresentadas referem-se à falta de apoio e desmotivação da equipe e imposição de ações por parte de uma gestão não comprometida com a organização do serviço.

“O que me desencorajaria é saber que eu não tenho um suporte da equipe, entendeu? Que não tem uma estrutura, que não tem nada, por exemplo, muito legal o meu chefe, o meu chefe fala assim: “Faça o que vocês quiserem dentro do horário.” Mas até que ponto é esse apoio para esse tipo de proposta? Entendeu? Ele teria que bloquear outras agendas [...] eu me nego a correr atrás pelos outros profissionais, porque aí eu vou me sentir muito sobrecarregada e começar a me desmotivar” (ESF4)

“[...] e isso às vezes desencoraja para você ampliar o que você já faz, que o que você já fez é o que você conseguiu ver ali dentro do seu espaço, dentro do seu apoio, até aqui, que é o que eu faço. Para ampliar eu teria que realmente que ter esse apoio que eu não tenho.” (NASF4)



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA

A figura da equipe novamente surge ao analisar as barreiras referentes ao domínio “influências sociais”. Foi referido por dez nutricionistas o desalinhamento do trabalho dele com o restante da equipe quanto à abordagem e objetivos do cuidado, impactando não necessariamente no trabalho do nutricionista em si, mas no resultado final do cuidado prestado ao indivíduo com EP. Outras barreiras: percepção de inadequação do perfil de membros da equipe para a AB; críticas e conflitos relacionais; desmotivação da equipe; baixo compromisso da gestão; desvalorização do nutricionista na equipe. Em relação ao indivíduo cuidado, seu comportamento, reações e realidade vivida influenciam diretamente na forma em que cuidado será prestado pelo profissional.

“[...] tem muita gente que sabe muito no papel, todos os procedimentos, o protocolo, e tudo mais, mas não sabe trabalhar com gente, sabe, não entende[...]deveria estar fazendo qualquer outra coisa..” (NASF1)

“Porque não sou só eu, é desde lá do atendimento da marcação lá no guinche, eu acho que isso ajudaria muito, assim, se todo mundo falasse a mesma linguagem, tivesse a mesma motivação.” (TRAD2)

“ [...] se eu vejo algum paciente que não tem a menor condição de pensar em alimentação nesse momento, é a última coisa que eu vou falar dentro do atendimento, ou no grupo, eu vou falar de outras tantas coisas que são importantes para ele [,,] é isso que define o seu cuidado, a sua estratégia de cuidado. (ESF3)

No que diz respeito às barreiras referentes ao contexto ambiental e de recursos, os profissionais relataram forte desorganização dos processos de trabalho, incluindo a inexistência de uma Rede de Atenção estruturada e um modelo de atenção à saúde não consolidado; inadequação dos espaços físicos; insuficiência ou inexistência de recursos e materiais de apoio; falta de profissionais; sobrecarga de atribuições e falta de profissionais.

“Então eu estou lá duas vezes ao dia, eu não estou ligada a nenhuma equipe, então quem faz o agendamento do paciente, quem liga para cada paciente sou eu, eu tenho que mandar... Eu tenho que fazer o atendimento ambulatorial, eu tenho que fazer



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA

os grupos, eu tenho que ter um tempo para preencher a lista de atividades que eu tenho que mandar para a gerência de produção, eu tenho que ter um tempo para fazer a minha produtividade [...] mas eu não tenho tempo de fazer as coisinhas que eu queria fazer.” (ESF2)

Em relação ao domínio “emoções”, o principal sentimento negativo que surge frente ao cuidado com indivíduos com EP é a frustração. Este sentimento associa-se ao de culpa, raiva e indignação, gerando um quadro de ansiedade e sentimento de impotência para gerar uma mudança de comportamento nos indivíduos.

“Aí o sentimento que desperta assim, dá uma frustração, eu não vou mentir, você fala assim: “Por que ele não conseguiu? Será que eu não passei essa informação direito?” A gente se culpa também...tem a frustração[...]” (ESF2)

“Eu me sinto muito triste, muito... Às vezes, é um fracasso, não é cara? Você se sente fracassado, não consigo.” (ESF3)

DISCUSSÃO

O quadro teórico proposto pelo TDF tem se mostrado como uma ferramenta útil e coerente para uma abordagem sistemática de identificação de barreiras e de planejamento de ações de desenvolvimento de capacidades juntos aos profissionais²¹⁻²³. O TDF, ao articular diferentes teorias sobre o que impacta no comportamento do profissional, permite visualizar com maior clareza o que tem impedido ou contribuído para a realização de determinadas ações, tendo em mente que esses elementos possuem naturezas distintas¹⁵.

O trabalho em saúde é marcado por sua complexidade, tanto em relação ao seu objeto – o ser humano com carências de cuidado em saúde - quanto ao seu instrumental e abordagem²⁴. A maneira como as pessoas se engajam na gestão dos objetivos do trabalho é um processo dinâmico que implica em uma integração entre o que Schwartz vai definir como o “saber agir” – conhecer as normas antecedentes -, “querer agir” – sentir-se motivado ou aderir a um projeto coletivo- e “poder agir” – capacidade de lidar



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA

com meio em que se encontra-, elementos que encontram correlação com a proposta do modelo “*COM-B*”^{25, 20}.

Em relação ao conjunto Capacidade, observa-se certo desconhecimento do conjunto de ações apresentado, especialmente em relação a algumas ações como apoio ao autocuidado e cuidado ao indivíduo bariátrico. O acompanhamento de indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica geralmente tem se restringido à atenção especializada, sendo pouco acompanhado de forma conjunta pelos profissionais da AB, o que explica de certa forma a falta de conhecimento e prática na vida cotidiana desses profissionais^{26,27}.

O desconhecimento dessas ações enquanto sua responsabilidade relaciona-se ao que foi levantado no primeiro bloco no que tange a uma prática pouco orientada por evidências quanto ao que é mais ou menos efetivo para o enfrentamento do EP e bastante dependente do empirismo das experiências acumuladas do profissional ao longo dos anos. Observa-se na fala de alguns profissionais o desejo e a motivação para a busca de novas formas e estratégias mais efetivas para a realização do cuidado, lançando mão de estratégias coletivas, dinâmicas, lúdicas e holísticas para a promoção da alimentação adequada e saudável. No entanto, em uma atuação pouco orientada pelas evidências acaba obtendo-se como resultado do cuidado poucas mudanças de hábitos alimentares sustentáveis, algumas perdas de peso, muitas perdas de continuidade e grande frustração e ansiedade²⁸. Os poucos estudos que avaliam a efetividade das ações realizadas por profissionais na prevenção e tratamento do EP revelam resultados negativos, indicando que, apesar de justificativas como a baixa adesão ao tratamento, priorização do cuidado a outras condições de saúde e tempo de duração de consultas, a postura e atitude dos profissionais no cuidado a esses indivíduos têm se mostrado importantes responsáveis pelos baixos resultados (BLACKBURN A BUDD)²⁹⁻³¹. Essa tensão entre profissionais e indivíduos revela a *crise de harmonia clínica*, ou seja, problemas de comunicação e confiança na relação profissional-indivíduo que acabam gerando desentendimentos, processos de cuidado frustrados, baixa adesão e esgotamento do arsenal terapêutico³². A capacitação e treinamento de profissionais de saúde no manejo do EP e doenças crônicas ainda são incipientes, especialmente em



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA

relação a estratégias e ferramentas comprovadamente mais efetivas para lidar com a questão e a superação da lógica instrumental de produção de saúde³³⁻³⁵. A percepção da falta de protocolos e diretrizes para realizar o cuidado revela o distanciamento ainda existente entre as diretrizes que são publicadas e o processo de implementação nas unidades de saúde.

Para realização do cuidado, o “saber fazer” pressupõe o conhecimento dos fatores que influenciam no processo saúde-doença para além da visão fragmentada dos determinantes. A visão dos nutricionistas quanto aos determinantes do EP ainda se mostra centrado no próprio indivíduo e, quando ampliado ao contexto de vida dos mesmos, ainda focalizam nos fatores mais proximais, como contexto familiar e situação econômica, realidade encontrada também na literatura^{9,10}. Por outro lado, estudo realizado por Dornelles e colaboradores já identificou na fala de profissionais o papel das estruturas familiares, os papéis sociais de gênero e os valores da sociedade capitalista na determinação do sobrepeso e obesidade, especialmente infantil³⁶. É fundamental ter em mente que o processo de compreensão do fenômeno é progressivo, mas está permeado também por um forte movimento de interesses privados que, por meio de suas diferentes estratégias busca financiar a ideia de que a causa do EP está na dificuldade do indivíduo em adotar hábitos de vida saudáveis e equilibrados, afastando do centro das discussões o papel perverso da globalização, mídia, propaganda, indústria e seus produtos ultraprocessados nesse cenário crítico do sobrepeso em nível global³⁷.

As barreiras identificadas pelos nutricionistas quanto às habilidades necessárias para realização de uma abordagem mais adequada com o indivíduo refletem o conflito entre o chamado *campo* e *núcleo* de saberes. Observa-se, no entanto, como positivo o aumento da consciência dos profissionais de que necessitam de um processo constante de desenvolvimento de novas habilidades e conhecimentos para lidar com a realidade complexa de saúde da população, o que se revela nas experiências de terem que suspender o atendimento com o foco nutricional para exercer um papel de escuta e acolhimento aos dilemas e problemas de naturezas distintas. A demanda por práticas interdisciplinares que sejam abrangentes, totalizadoras na sua aproximação com a realidade e coerentes com os princípios do SUS exige a integração não apenas de



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA

saberes, mas de práticas das diferentes profissões. O enfrentamento do modelo biomédico necessita de uma gestão do trabalho que extrapole o que seria da competência específica da profissão (núcleo), ampliando seus saberes e práticas que articulem a necessidade de polivalência e especialização ³⁸.

O cenário de saúde da população tem colocado as questões alimentares no bojo da Saúde Coletiva, preconizando um profissional nutricionista com formação generalista, humanista e crítico que seja capaz de compreender e reconhecer a totalidade da alimentação como um ato cultural e social ³⁹⁻⁴⁰. Análise dos projetos político-pedagógicos e planos de ensino de disciplinas na área de Nutrição em Saúde Coletiva mostra que ainda há uma forte separação entre questões biológicas, práticas sociais e formação ^{41, 42}. Apesar de as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição assumir essas habilidades e competências ao profissional, ainda permanece o desafio de avaliação da real implementação de todas essas diretrizes nos diversos cursos de graduação em Nutrição no país no que concerne a efetiva habilidade dos profissionais graduados em atuar de maneira qualificada frente às necessidades sociais de saúde do SUS ^{43,44}.

No eixo Oportunidade, que engloba barreiras de caráter externo ao profissional, observa-se como ainda é deficiente o planejamento, organização e estruturação de um trabalho multiprofissional e interdisciplinar em Rede. Elementos fundamentais de estruturação da Rede para viabilização da organização de uma linha de cuidado do sobrepeso e obesidade mostram-se extremamente frágeis nos contextos apresentados pelos profissionais. A percepção por parte dos profissionais de um sistema desarticulado, fragmentado e marcado pelo conflito de diferentes interesses, lógicas de funcionamento e circuitos de interesse revela seu impacto nos processos de cuidado ⁴⁵. A construção de um caminho para a integralidade no cuidado ao indivíduo com EP perpassa a superação de um modelo marcado pela inexistência da continuidade da atenção, passividade da pessoa atendida, ação reativa à demanda, ênfase relativa nas intervenções curativas e prescritivas, ênfase na produtividade como critério de qualidade e precariedade da vigilância em saúde da população adscrita ⁴⁶.



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA

A heterogeneidade nos modelos de AB está presente em diversos municípios brasileiros, de forma que os diferentes modelos compartilham desafios de organização e gestão do cuidado, excesso de demanda, baixa resolutividade, aumento da carga de trabalho ^{47,48}. O modelo de Saúde da Família, ainda que apresente lacunas entre o trabalho prescrito e o trabalho real, ainda apresenta características que favorecem um olhar voltado para a comunidade, maior vínculo, maior continuidade no cuidado e possibilidade de abordagem multiprofissional e interdisciplinar, prática mais comunicativa e cooperativa, intervenções de promoção da saúde e prevenção das condições crônicas, como o sobrepeso e obesidade ⁴⁹⁻⁵¹. Sendo a comunicação entre a equipe a chave para se pensar o cuidado de forma multiprofissional, é fundamental que haja na agenda dos profissionais espaços institucionais de planejamento, escuta, discussão, compartilhamento e avaliação em equipe de forma coordenada ^{52, 38}.

Apesar dos entraves relacionais e de processos de trabalho entre o nutricionista e os demais profissionais da equipe na busca por um cuidado mais efetivo, é evidente que o trabalho integrado e multiprofissional é visto como algo necessário para que o cuidado ao indivíduo com EP seja integral. Foram observados relatos de articulação entre profissionais da equipe de saúde, especialmente no NASF, para desenvolvimento de ações coletivas, práticas corporais e estratégias de promoção à saúde. Apesar de os profissionais entenderem o que é ser uma equipe e qual importância teria para a melhoria da atenção, é clara a dificuldade de se formar uma equipe orgânica e funcional, geralmente levando à conformação das denominadas Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes (ECRP), ou seja, equipes informais constituídas a partir da confiança e compartilhamento de objetivos comuns ^{53, 54}.

Problemas no que se refere ao contexto ambiental e recursos são gargalos enfrentados pelo SUS há muito tempo, envolvendo escassez de insumos e espaços físicos adequados, sobrecarga de trabalho por falta de profissionais, ênfase na produtividade e procedimentos, ainda que se tenha observado que muitos profissionais lançam mão de diversas estratégias para superação desses obstáculos na realização de suas atividades ⁵⁵.



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA

No que tange o conjunto “Motivação” (“querer fazer”), percebe-se que grande parte das barreiras identificadas está relacionada à influência dos fatores discutidos anteriormente na motivação do profissional para uma mudança de práticas. Ficou bem evidente o peso das questões relacionadas ao trabalho da equipe nos diferentes domínios analisados. Avaliações da organização da AB mostram o impacto do desalinhamento do trabalho dentro da unidade de saúde e dos conflitos nas relações da equipe na motivação dos profissionais de saúde e na sua atuação, revelando para além das realidades objetivas da estrutura de trabalho, a dimensão psicológica do que seja o trabalho em equipe ⁵⁶. O desalinhamento entre o nutricionista, chefias e demais profissionais nos processos de trabalho e na organização do cuidado expõe uma realidade de ruptura de identidade social da equipe de saúde, capaz de afetar não apenas o trabalho concreto e visível, mas também influenciando a atuação do profissional nas suas dimensões subjetivas ⁵⁷. Há que se superar a concepção de equipe enquanto grupamento para equipe como integração de relações e práticas, aproximando-se de um modelo em que os profissionais se percebem enquanto um grupo de pessoas com habilidades complementares, comprometidas umas com as outras e orientadas pelo objetivo comum ⁵⁰.

Por fim, as melhorias necessárias identificadas pelos profissionais para a garantia da realização de um cuidado mais efetivo apresentam consonância com o modelo de cuidado apresentado, segundo as diretrizes do Ministério da Saúde, o que se observa no consenso obtido quanto ao domínio “intenções”. Isso demonstra que, apesar dos desafios e barreiras percebidos na rotina de trabalho dos profissionais, há uma necessidade de que a lógica de cuidado ao indivíduo com EP seja reestruturada, possibilitando o alcance de resultados mais efetivos e motivadores tanto para os indivíduos cuidados quanto para os profissionais.

CONCLUSÃO

Este estudo mostrou que o cuidado prestado aos indivíduos com excesso de peso na atenção básica do Distrito Federal tem sido realizado de formas bastante diversas pelos nutricionistas nos diferentes arranjos de equipe da atenção básica por meio de ações individuais e coletivas que atuam principalmente sobre os determinantes



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA

individuais e proximais do EP. O cuidado prestado ainda tem sido pouco compartilhado pela equipe multiprofissional e bastante centralizado no profissional nutricionista, resultando em ações muitas vezes fragmentadas e conflituosas entre os profissionais. As estratégias para prevenção e tratamento do EP utilizadas na atenção básica de uma maneira geral ainda apresentam baixa efetividade, o que é percebido pelos profissionais quanto ao alcance de resultados tímidos e quanto ao reconhecimento da necessidade de melhorias na organização do serviço e dos processos de trabalho.

Conforme analisado por meio do TDF, para se avançar na implementação de um cuidado integral e efetivo aos indivíduos com EP é necessário investir de maneira conjunta na melhoria da capacidade técnica dos profissionais, da capacidade resolutive da atenção básica e dos processos de trabalho que influenciam na motivação dos profissionais das equipes. Os principais desafios identificados, a partir da percepção dos nutricionistas, foram a necessidade de capacitação dos nutricionistas e profissionais de saúde na articulação de saberes e práticas tendo como foco o indivíduo e os múltiplos determinantes de saúde; a priorização da gestão na implementação e estruturação de um modelo de atenção capaz de garantir um cuidado integral e multidisciplinar; investimento na qualificação dos processos de trabalho das equipes de saúde, marcados por uma identidade coletiva baseada na corresponsabilização, no compartilhamento de práticas e saberes e orientada por objetivos claros.

REFERÊNCIAS

1. Swinburn BA et al. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *Lancet* 2011;378(9793):804-814.
2. Levy RB et al. Distribuição regional e socioeconômica da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil em 2008-2009. *Rev Saude Publica* 2012;46.1:6-15.
3. Duran AC et al. Neighborhood socioeconomic characteristics and differences in the availability of healthy food stores and restaurants in Sao Paulo, Brazil. *Health & place* 2013;23:39-47.



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA

4. Roberto CA et al Patchy progress on obesity prevention: emerging examples, entrenched barriers, and new thinking. *The Lancet* 2015, 385(9985), 2400-9.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. Brasília: MS; 2011.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. *Diário Oficial da União* 2013; 20 mar.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. [Cadernos de Atenção Básica, 38]
9. Cori GDC, Petty MLB, Alvarenga MDS. Atitudes de nutricionistas em relação a indivíduos obesos—um estudo exploratório. *Ciêns Saúde Coletiva* 2015;20(2):565-76.
10. Foster, G. D et al Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment. *Obes Res* 2003;11(10);1168-77.
11. Teixeira FV, Pais-Ribeiro JL, da Costa Maia, ÂRP. Crenças e práticas dos profissionais de saúde face à obesidade: uma revisão sistemática. *Rev Assoc Med Bras* 2012; 58(2):254-62.
12. Abid A. et al Are healthcare professionals advising obese patients to lose weight? A trend analysis. *MedGenMed* 2004;7(4);10.



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA

13. Kirk SF, Tytus R, Tsuyuki RT, Sharma AM. Weight management experiences of overweight and obese Canadian adults: findings from a national survey. *Chronic Dis Inj Can* 2012; 32(2).
14. Ogden J, Flanagan Z. Beliefs about the causes and solutions to obesity: a comparison of GPs and lay people. *Patient Educ Couns* 2008;71(1):72-8.
15. Michie S. et al. Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach. *Qual Saf Health Care* 2005;14(1):26-33.
16. Cane J, O'Connor D, Michie S. Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. *Implement Sci* 2012;7(1):1.
17. QSR Internacional PTY LTD. NVIVO Version 10.0 for Windows [software]. 1999-2014.
18. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2011
19. Heslehurst N et al. Implementation of pregnancy weight management and obesity guidelines: a meta-synthesis of healthcare professionals' barriers and facilitators using the Theoretical Domains Framework. *Obes Rev* 2014; 15(6):462-86.
20. Michie S, van Stralen MM, West R. The behavior change wheel: A new method for characterising and designing behavior change interventions. *Implement Sci*. 2011;6:42
21. Mosavianpour M, Sarmast HH, Kisoos N, Collet, JP. Theoretical domains framework to assess barriers to change for planning health care quality interventions: a systematic literature review. *J Multidiscip Healthc* 2016;9:303.
22. Lawton R et al. Using the Theoretical Domains Framework (TDF) to understand adherence to multiple evidence-based indicators in primary care: a qualitative study. *Implement Sci* 2016;11(1):113.



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA

23. French SD et al. Developing theory-informed behaviour change interventions to implement evidence into practice: a systematic approach using the Theoretical Domains Framework. *Implement Sci* 2012; 7(1):1.
24. Pires D. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde. 2ª Edição. São Paulo: Annablume; 2008.
25. Schwartz Y. Reconnaissances du travail: pour une approche ergologique. 2ª Edição. Paris: PUF; 1998.
26. Bleich SN, Bennett WL, Gudzone KA, Cooper LA. National survey of US primary care physicians' perspectives about causes of obesity and solutions to improve care. *BMJ Open* 2012;2:e001871.
27. Marcelino LF, Patrício ZM. A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva The complexity of obesity and life after bariatric surgery: a public health issue. *Cien Saude Colet* 2011; 16(12): 4767-76.
28. Teixeira F, Pais-Ribeiro, JL, Maia Â. Uns desistem, outros insistem: semelhanças e diferenças no discurso de profissionais de saúde face à obesidade. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 2015; 33(2), 137-147.
29. Blackburn M, Stathi A, Keogh E, Eccleston C. Raising the topic of weight in general practice: perspectives of GPs and primary care nurses. *BMJ open* 2015;5(8): e008546.
30. Epstein L, Ogden J. A qualitative study of GPs' views of treating obesity. *Br J Gen Pract* 2005;55(519):750-754.
31. Budd GM, Mariotti M, Graff D, Falkenstein K. Health care professionals' attitudes about obesity: an integrative review. *Appl Nurs Res* 2011;24(3):127-37.



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA

33. King LA et al. Australian GPs' perceptions about child and adolescent overweight and obesity: the Weight of Opinion study. *Br J Gen Pract* 2007;57:124–29.
34. Dietz WH et al. Management of obesity: improvement of health-care training and systems for prevention and care. *Lancet* 2015;385(9986):2521-33.
35. Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. “In”: Merhy et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2003; 55-124.
36. Dornelles AD, Anton MC, Pizzinato A. O papel da sociedade e da família na assistência ao sobrepeso e à obesidade infantil: percepção de trabalhadores da saúde em diferentes níveis de atenção. *Saúde e Sociedade* 2014; 23(4):1275-87.
37. Nestle M. *Food politics: How the food industry influences nutrition and health*. 3a Ed. Univ of California Press, 2013.
38. Scherer MDA, Pires EP, Rémy J. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. *Cien Saude Colet* 2013;18(11):3203-12.
32. Tesser CD, Luz MT. Uma introdução às contribuições da epistemologia contemporânea para a medicina. *Cien Saude Colet* 2002; 7(2):363-72.
39. Ayres, JRDCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Cien Saude Colet* 2001; 6(1):63-72.
40. Freitas MDCS., de Souza Minayo MC, Fontes GAV. Sobre o campo da Alimentação e Nutrição na perspectiva das teorias compreensivas. *Cien Saude Colet* 2011;16(1).
41. Recine E, Sugai A, Monteiro, RA, Rizzolo A, Fagundes A. Saúde coletiva nos cursos de Nutrição: análise de projetos político-pedagógicos e planos de ensino. *Rev. Nutr* 2013; 27(6), 747-60.



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA

42. Motta DG, Oliveira MRM, Boog MCF. A formação universitária em nutrição. *Proposições* 2016; 14(1):69-85.
43. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 5, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição. Brasília;2001.
44. Vasconcelos FAG, Batista Filho M. História do campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva no Brasil. *Cien Saude Colet* 2011;16(1):81-90.
45. Dubow C, Cogo SB. Redes de atenção à saúde: um desafio para a gestão do SUS. *Gestão e Saúde* 2013; 4(3):908.
46. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde 2011; 549.
47. Trindade LL, Pires DEP. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. *Texto & Contexto Enfermagem* 2013; 22(1):36-42.
48. Viana ALDÁ, Rocha JSY, Elias PE, Ibañez N, Bousquat A. Atenção básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil. *Cad Saude Publica* 2008;24(suppl 1):s79-s90.
49. Elias PE et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Cien Saúde Coletiva* 2006; 11(3):633-41.
50. Araújo MBS, Rocha, PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Cien Saúde Coletiva* 2007;12(2):455-64.
51. Giovanella L et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc saúde coletiva* 2009;14(3):783-94.



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA

52. Pinto CAG, Coelho IB. Co-gestão do processo de trabalho e composição da agenda em uma equipe de atenção básica. “In”: Campos GWS, Guerreiro, AVP. Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada. 2ª ed. São Paulo, Hucitec 2010.
53. Viegas SMDF, Penna CMDM. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. Rev. Enferm 2013;17(1):133-41.
54. Efos D, Duc M, Faita D. Travailler ensemble? In: Schwartz Y. *Reconnaissances du travail: pour une approche ergologique*. 2ª Edição. Paris: PUF; 1998. 57-58
55. Carvalho G; Medeiros J. Redes assistenciais no SUS: financiamento e alocações. In: Silva, S.F (org.) Redes de Atenção à Saúde: desafios da regionalização do SUS. 2ª ed. Campinas, SP. Ed Saberes, 2013.
56. Sena LA, Cavalcanti RP, Pereira IL, Leite SRR. Intersetorialidade e ESF: limites e possibilidades no território de uma unidade integrada de saúde da família. Revista Brasileira de Ciências da Saúde 2012;16(3):337-342.
57. Hogg MA. Social identity theory. Contemporary social psychological theories 2006;13:111-1369.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo do trabalho foi identificar os fatores que influenciam no cuidado realizado pelos nutricionistas da atenção básica do Distrito Federal aos indivíduos com excesso de peso. Para entender esse cenário, foi fundamental identificar como os profissionais concebem o problema do excesso de peso e como compreendem seu processo de determinação. Assume-se que a compreensão do fenômeno desencadeia determinadas práticas de cuidado e leva o profissional a articular habilidades e conhecimentos que objetivam responder às necessidades apresentadas pelos indivíduos.

A partir desse cenário apresentado da realidade experimentada no cotidiano do serviço na atenção básica, buscou-se compreender quais desafios e barreiras são percebidos na realização de um conjunto de ações propostas como responsabilidade da atenção básica. Entender como que uma diretriz de organização do cuidado do Ministério da Saúde se materializa no dia a dia do SUS é imperativo para o aprimoramento não apenas de políticas públicas, mas da própria prática profissional e de organização do modelo de atenção. As recomendações e orientações oficiais se revestem de utilidade apenas quando encontram, na realidade de vida e trabalho da população, coerência com as estruturas, capacidades e prioridades instaladas ou se forem capazes de gerar mudanças nesses elementos de forma coordenada e consciente pelos atores envolvidos.

A escolha dos nutricionistas para realização da pesquisa se deu pelas limitações de tempo e viabilidade na condução da pesquisa, no entanto configura-se como grupo chave para compreensão do cuidado aos indivíduos com algum problema relacionado ao estado nutricional, como o caso da obesidade, principalmente por ser campo inerente da formação profissional. É justamente por essa razão que os resultados encontrados tornam-se tão relevantes e ao mesmo tempo indicam sinal de alerta para a forma como o excesso de peso é encarado no SUS. Dentro do universo dos nutricionistas entrevistados, buscou-se garantir a representação de ao menos um profissional de cada



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA

superintendência de saúde do Distrito Federal, permitindo captar olhares das diferentes realidades socioeconômicas e culturais dos territórios. De modo semelhante, a identificação das diferentes equipes aos quais os profissionais estão vinculados demonstrou-se fundamental na compreensão de como o cuidado é realizado na prática, evidenciando que quando se fala em atenção básica, na verdade se fala em diferentes tipos de atenção básica, que se configuram, organizam e operam de modos ora similares ora discrepantes.

Os resultados apontam para o dinamismo do trabalho em saúde e para a influência determinística do contexto do serviço e do território na configuração de ações de cuidado. A consolidação de modelos de atenção mais ou menos orientados para uma lógica de cuidado compartilhado se mostra como elemento central na discussão do enfrentamento do excesso de peso quando este é compreendido como uma questão profundamente vinculada a determinantes sociais e modos de vida da população. Quanto mais se compreende que determinado agravo é consequência de uma complexa rede de fatores, maior é o tensionamento para a conformação de uma rede de profissionais, equipamentos, estruturas e setores.

Observou-se que para a consolidação de um cuidado mais efetivo e integral aos indivíduos com excesso de peso, barreiras relacionadas aos próprios profissionais, à organização do trabalho na atenção básica e às estruturas dos serviços estão intimamente relacionadas. As teorias de mudança de comportamento que a psicologia lança mão na avaliação da atuação dos profissionais se mostram extremamente relevantes e permitem um olhar mais aprofundado sobre o que leva os profissionais a agirem ou não de determinada forma, superando a visão simplista que se trata apenas de “falta de sensibilização” dos profissionais ou “falta de conhecimento” dos protocolos. Da mesma forma que fatores externos ao indivíduo influenciam nos seus hábitos alimentares e de vida, consequentemente contribuindo para um quadro de excesso de peso, fatores externos aos profissionais de saúde também influenciam diretamente na sua atuação, favorecendo ou não abordagens mais efetivas.

Em síntese, os resultados mostram que fatores de diferentes naturezas influenciam na atuação dos nutricionistas, estando alguns deles influenciando de



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA

múltiplas formas. Em relação a essa questão, o trabalho em equipe apresentou-se como tema central dos diferentes domínios avaliados, estando presente na configuração e na crença sobre habilidades, na formação da crença sobre as possíveis consequências de um cuidado mais estruturado, na influencia social de colegas de trabalho na configuração do cuidado, dentre outros. Soma-se ao trabalho em equipe, barreiras e desafios no campo da formação profissional para concepção e desenvolvimento de habilidades para o cuidado ao excesso de peso além da estruturação de uma atenção básica comprometida em todos os seus níveis com o enfrentamento dos determinantes sociais de saúde.

Após a realização desta pesquisa, recomenda-se que mais estudos de busquem compreender os múltiplos determinantes do cuidado prestado aos indivíduos com excesso de peso sejam realizados, ampliando seu escopo para os demais profissionais atuantes na atenção básica e que lidam com o problema cotidianamente. A construção desse quadro que mostra como o excesso de peso é prevenido e tratado nas diferentes realidades territoriais, nas diferentes formações de equipe, nos diferentes modelos de gestão de atenção básica e entre as diferentes categorias profissionais pode muito contribuir para o delineamento de estratégias de gestão e de assistência que efetivamente assumam o desafio de enfrentamento do excesso de peso.



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA



REFERÊNCIAS

AGUIAR, C.B. COSTA, N.M.S.C. Formação e atuação de nutricionistas dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Rev. nutr**, v. 28, n. 2, p. 207-216, 2015.

AMEMORI, M., MICHIE, S., KORHONEN, T., MURTOMAA H, KINNUNEN TH: Assessing implementation difficulties in tobacco use prevention and cessation counselling among dental providers. **Implementation Science** 2011, 6:50.

ASSELIN, J. et al. Missing an opportunity: the embedded nature of weight management in primary care. **Clinical obesity** v. 5, n. 6, p. 325-332, 2015.

BAHIA, Luciana; ARAÚJO, Denizar Vianna. Impacto econômico da obesidade no Brasil. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 13, n. 1, 2014.

BLACKBURN, M. et al. Raising the topic of weight in general practice: perspectives of GPs and primary care nurses. **BMJ open**, v. 5, n. 8, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 196/96. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, v. 10, n. 10, 1996.

_____. Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais na Saúde. (2008). As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. 2008. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf> Acessado em 08 de maio de 2015.

_____. Portaria GM/MS nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Brasília: 2008



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA

_____. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da criança e da mulher - PNDS 2006: Dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Brasília; 2009, 300 p

_____. Portaria GM/MS nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília-DF, 2010.

_____. Departamento de atenção básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Portaria GM/MS nº 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Diário Oficial da União: Brasília, 2013.

_____. Portaria GM/MS nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Diário Oficial da União: Brasília, 2014.

_____. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Cadernos de Atenção Básica, n. 38. Brasília: MS, 2014



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA

_____. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – volume I: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: MS, 2014. Cadernos de Atenção Básica, n. 39.

_____. Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS: resultados do Laboratório de Inovação no manejo da obesidade nas Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Série Técnica Redes Integradas de Atenção à Saúde, v. 10, 116 p., 2014

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não-Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: promovendo modos de vida e alimentação adequada e saudável para a população brasileira. Brasília: 2014. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/segurancaalimentar/educacao-alimentar-e-nutricional/Estrat,PC3,PA9gia,P20Intersetorial,P20de,P20Preven,PC3,PA7,PC3,PA3o,P20e,P20Controle,P20da,P20Obesidade.pdf,pagespeed.ce.MSfETitOrx.pdf>> Acessado em 08 de maio de 2015.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 3ª. Lisboa: Edições, v. 70, 2011.

BLACKBURN, M. et al. Raising the topic of weight in general practice: perspectives of GPs and primary care nurses. **BMJ open**, v. 5, n. 8, p. e008546, 2015

CARRARA, Ana Paula Batista et al. Obesidade: um desafio para a saúde pública. J. Health Sci. Inst, v. 26, n. 3, p. 299-303, 2008. CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paideia**. São Paulo: Hucitec, 2003.



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA

CAMPOS, G.W.S. GUERRERO, A.V.G.(Org.) Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2013.

CANE, J.; O'CONNOR, D.; MICHIE, S.. Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. *Implement Sci*, v. 7, n. 1, p. 37, 2012.

CANELLA, Daniela Silva et al. Ultra-processed food products and obesity in Brazilian households (2008–2009). **PloS one**, v. 9, n. 3, p. e92752, 2014.

CANESQUI, Ana Maria; GARCIA, Rosa Wanda Diez. Antropologia e nutrição: um diálogo possível. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. 306p.

CASTRO, A.L.B; MACHADO, C. V.. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. **Physis (Rio J.)**, v. 22, n. 2, p. 477-506, 2012.

CERVATO-MANCUSO, A.M. et al. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(12):3289-3300, 2012.

CHAN, M. Opening address at the 8th Global Conference on Health Promotion Helsinki, Finland. 2013. Disponível em: <http://www.who.int/dg/speeches/2013/health_promotion_20130610/en/> Acesso em 25 de abril de 2015.

COMUZZIE, Anthony G. The emerging pattern of the genetic contribution to human obesity. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, v. 16, n. 4, p. 611-621, 2002.

CORI, G.C ; PETTY, M.L.B. ; ALVARENGA, M.S. Atitudes de nutricionistas em relação a indivíduos obesos—um estudo exploratório. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 565-576, 2015.



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA

DA SILVA, L.S.; COTTA, R.M.M; ROSA, C.O.B. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. **Rev Panam Salud Publica**, v. 34, n. 5, 2013.

DE GEUS, L.M.M et al. A importância na inserção do nutricionista na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 797-804, 2011.

DIETZ, William H. et al. Management of obesity: improvement of health-care training and systems for prevention and care. **The Lancet**, 2015.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Plano Distrital de Saúde 2012-2015. Brasília, 2012. Disponível em <http://www.saude.df.gov.br/images/Conselho%20de%20Saude%20do%20DF/planodes_aude_2012_2015%201.pdf> Acessado em <19/12/2015>.

DUFFEY KJ, GORDON-LARSEN P, JACOBS JR DR, WILLIAMS OD, POPKIN BM. Differential associations of fast food and restaurant food consumption with 3-y change in body mass index: the Coronary Artery Risk Development in Young Adults Study. **Am J Clin Nutr**. 2007;85(1):201-8.

DURAN, ANA CLARA ET AL. Neighborhood socioeconomic characteristics and differences in the availability of healthy food stores and restaurants in Sao Paulo, Brazil. **Health & place**, v. 23, p. 39-47, 2013.

EDWARDS P, FELIX L, HARRIS J, FERGUSON E, FREE C, LANDON J, LOCK K, MICHIE S, MINERS A, MURRAY E: Assessing the effectiveness and cost effectiveness of adaptive e-Learning to improve dietary behaviour: Protocol for a systematic review. **BMC Public Health** 2010, 10:200.

EPSTEIN L, OGDEN J. A qualitative study of GPs' views of treatin obesity. **Br J Gen Pract**,; 55:750, 2005.

FERREIRA, N.L. et al. Effectiveness of nutritional intervention in overweight women in Primary Health Care. **Revista de Nutrição**, v. 27, n. 6, p. 677-687, 2014.



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA

FIGUEIREDO, M.D, FURLAN, P.G. O subjetivo e o sociocultural na co-produção de saúde e autonomia. In: CAMPOS, G.W.S, GUERREIRO, A.V.P (Org.). **Manual de Práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. 3ª ed. São Paulo Hucitec, 2013.

FISHBEIN M, AJZEN I. Belief formation. In: FISHBEIN M, AJZEN(editors). Belief, attitude, intention, and behavior: an introduction to theory and research. Reading: Addison-Wesley; 1975. p.130-215.

FOGELMAN, Y. et al. Managing obesity: a survey of attitudes and practices among Israeli primary care physicians. **International journal of obesity**, v. 26, n. 10, p. 1393-1397, 2002.

FOSTER G.D. , WADDEN T.A., MAKRIS A.P., DAVIDSON D., SANDERSON R.S., ALLISON D.B., KESSLER A. Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment. **Obes Res**, v. 11, n. 10, p. 1168-1177, 2003.

FRANCIS, J. J.; O'CONNOR, D.; CURRAN, J. Theories of behaviour change synthesised into a set of theoretical groupings: introducing a thematic series on the theoretical domains framework. **Implement Sci**, v. 7, n. 1, p. 35, 2012.

GOTTEMS, Leila Bernardo Donato et al . Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 25, n. 6, p. 1409-1419, June 2009

GUILLAUMIE, L, GODIN G, VÉZINA-IM L-: Psychosocial determinants of fruit and vegetable intake in adult population: a systematic review. **Int J Behav Nutr Phys Activ** 2010, 712.

HAMMOND, R. A. Peer reviewed: complex systems modeling for obesity research. **Preventing chronic disease**, v. 6, n. 3, 2009.



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA

HARVEY E.L., HILL A.J. Health professionals' views of overweight people and smokers. **Int J Obes**, v.25, n. 8, p. 1253-1261, 2001.

HAWKES, Corina; JEWELL, J.; ALLEN, K. A food policy package for healthy diets and the prevention of obesity and diet-related non-communicable diseases: the NOURISHING framework. **Obesity reviews**, v. 14, n. S2, p. 159-168, 2013.

HAWKES, Corinna et al. Smart food policies for obesity prevention. **The Lancet**, 2015.

HELMS C, LEASK J, ROBBINS SC, CHOW MYK, MCINTYRE P: Implementation of mandatory immunisation of healthcare workers: observations from New South Wales. **Vaccine: Australia**, 2011

HETRICK S, ÁLVAREZ-JIMÉNEZ M, PARKER A, HUGHES F, WILLET M, MORLEY K, FRASER R, MCGORRY PD, THOMPSON A: Promoting physical health in youth mental health services: ensuring routine monitoring of weight and metabolic indices in a first episode psychosis clinic. **Australias Psychiatry** 2010, 18(5):451–455.

HUANG, Terry TK et al. Mobilisation of public support for policy actions to prevent obesity. **The Lancet**, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

JAIME, P.C.; LOCK, K. Do school based food and nutrition policies improve diet and reduce obesity? **Preventive medicine**, v. 48, n. 1, p. 45-53, 2009.



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA

JAIME, P.C. et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. **Rev. nutr**, v. 24, n. 6, p. 809-824, 2011.

JAIME, P.C. et al. Investigating environmental determinants of diet, physical activity, and overweight among adults in Sao Paulo, Brazil. **Journal of urban health**, v. 88, n. 3, p. 567-581, 2011.

JENSEN, M. D. et al. 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 63, n. 25, 2014.

KATZ, D. L. et al. Strategies for the prevention and control of obesity in the school setting: systematic review and meta-analysis. **International journal of obesity**, v. 32, n. 12, p. 1780-1789, 2008.

KING, D. The future challenge of obesity. **The Lancet**, v. 378, n. 9793, p. 743-744, 2011.

KINGDON, John W. Agendas, Alternatives, and Public Policies. Boston: Little, Brown and Company, 1984. 240p.

KLEINERT, S.; HORTON, R. Rethinking and reframing obesity. **The Lancet**, 2015.

LANG, T. ; RAYNER, G. Overcoming policy cacophony on obesity: an ecological public health framework for policymakers. **Obesity reviews**, v. 8, n. s1, p. 165-181, 2007.

LEVY, RENATA BERTAZZI ET AL. Distribuição regional e socioeconômica da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil em 2008-2009. **Rev Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 6-15, 2012.



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA

LITTLE, E. A.; PRESSEAU, J.; ECCLES, M. P. Understanding effects in reviews of implementation interventions using the Theoretical Domains Framework. **Implementation Science**, v. 10, n. 1, p. 90, 2015.

MALTA, D. C., MORAIS NETO, O. L. D., SILVA JUNIOR, J. B. D. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília 20(4), 425-438.x, 2011.

MARCELINO, L.F. ; PATRÍCIO, Z.M. A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva The complexity of obesity and life after bariatric surgery: a public health issue. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4767-76, 2011.

MARTINS, Ana Paula Bortoletto et al. Participação crescente de produtos ultraprocessados na dieta brasileira (1987-2009). **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 4, p. 656-665, 2013.

MAZZOCCANTE, Rafaello Pinheiro; DE MORAES, José Fernando Vila Nova; CAMPBELL, Carmen Sílvia Grubert. Gastos públicos diretos com a obesidade e doenças associadas no Brasil. **Revista de Ciências Médicas**, v. 21, n. 1/6, 2013.

MCCLUSKEY A, MIDDLETON S: Delivering an evidence-based outdoor journey intervention to people with stroke: Barriers and enablers experienced by community rehabilitation teams. **BMC Health Services Research** 2010, 10:18.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc saúde coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-305, 2010.

MENDES, E.V. A Construção social da atenção primária a saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MATTOS, Ruben Araújo. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. **Os Sentidos da**, 2001.



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA

MENDONÇA, C.P; DOS ANJOS, L.A. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. **Cad. saúde pública**, v. 20, n. 3, p. 698-709, 2004.

MERCER, S. W.; TESSIER, S. A qualitative study of general practitioners' and practice nurses' attitudes to obesity management in primary care. **Health bulletin**, v. 59, n. 4, p. 248-253, 2001.

MICHIE, S. et al. Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach. **Quality and safety in health care**, v. 14, n. 1, p. 26-33, 2005.

MICHIE S, PILLING S, GARETY P, WHITTY P, ECCLES MP, JOHNSTON M, SIMMONS J: Difficulties implementing a mental health guideline: an exploratory investigation using psychological theory. **Implementation Science** 2007, 2:8.

MICHIE S, VAN STRALEN MM, WEST R. The behavior change wheel: A new method for characterising and designing behavior change interventions. *Implement Sci.*;6:42; 2011

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010, 407 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Nota Técnica: Informações sobre as ações e programas do Departamento de Atenção Básica. Disponível em < <http://dab2.saude.gov.br/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php>> Acesso em <15 de dezembro de 2016>.

MONTEIRO, Carlos Augusto et al . Uma nova classificação de alimentos baseada na extensão e propósito do seu processamento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 26, n. 11, p. 2039-2049, Nov. 2010 .



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA

MONTEIRO, C.A. et al. Increasing consumption of ultra-processed foods and likely impact on human health: evidence from Brazil. **Public health nutrition**, v. 14, n. 01, p. 5-13, 2011.

MOSS M. Salt, sugar, fat: how the giants hooked us. New York: Random House Publishing Group; 2013.

NESTLE, Marion. Food politics: How the food industry influences nutrition and health. 2a Ed. Berkley: Univ of California Press, 2013. 486p.

OGDEN, J.; FLANAGAN, Z.. Beliefs about the causes and solutions to obesity: a comparison of GPs and lay people. **Patient education and counseling**, v. 71, n. 1, p. 72-78, 2008.

OLIVEIRA, M.L. Estimativa dos custos da obesidade para o Sistema Único de Saúde do Brasil. 2013. xiv, 95 f., il. Tese (Doutorado em Nutrição Humana)—Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

PÁDUA, J.G.; BOOG, M.C.F. Avaliação da inserção do nutricionista na Rede Básica de Saúde dos municípios da Região Metropolitana de Campinas. **Rev. nutr**, v. 19, n. 4, p. 413-424, 2006.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). Ultra-processed food and drink products in Latin America: Trends, impact on obesity, policy implications. Washington, DC : PAHO, 2015.

PEREIRA MA, KARTASHOV AI, EBBELING CB, HORN LV, SLATTERY M, JACOBS JR DR, ET AL. Fast-food habits, weight gain, and insulin resistance (the CARDIA study): 15-year prospective analysis. **Lancet**. 2005.

PERKINS, M. B. et al. Applying theory-driven approaches to understanding and modifying clinicians' behavior: What do we know?. **Psychiatric Services**, v. 58, n. 3, p. 342-348, 2007.



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA

PINTO, M.S.; BOSI, M.L.M. Muito mais do que pe (n) sam: percepções e experiências acerca da obesidade entre usuárias da rede pública de saúde de um município do Nordeste do Brasil. **Physis (Rio J.)**, v. 20, n. 2, p. 443-457, 2010.

QRS INTERNACIONAL. NVIVO v10 [Versão para Windows]. Disponível em <http://www.qsrinternational.com/>

RECINE E, CARVALHO M.F., LEÃO M. O papel do nutricionista na Atenção Primária à Saúde. 2ª Ed. Brasília: Conselho Federal de Nutricionistas; 2009.

ROBERTO, C. A. et al. Patchy progress on obesity prevention: emerging examples, entrenched barriers, and new thinking. **The Lancet**, 2015.

RODRIGUES, D.C.M and BOSI, M.L.M. O lugar do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Rev. Nutr. [online]**. 2014, vol.27, n.6, pp. 735-746. ISSN 1415-5273.

SCHRAIBER, Lilia Blima et al. Quando o êxito técnico se recobre de sucesso prático: o sujeito e os valores no agir profissional em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3041-3042, 2011.

STARFIELD, D.B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002.

SWINBURN, B. A. et al. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. **The Lancet**, v. 378, n. 9793, p. 804-814, 2011.

SWINBURN, B. et al. INFORMAS (International Network for Food and Obesity/non-communicable diseases Research, Monitoring and Action Support): overview and key principles. **Obesity reviews**, v. 14, n. S1, p. 1-12, 2013.

TANUMIHARDJO, S. A. et al. Poverty, obesity, and malnutrition: an international perspective recognizing the paradox. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 107, n. 11, p. 1966-1972, 2007.



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA

TARDIDO, A.P.; FALCÃO, M.C.. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. **Rev Bras Nutr Clin**, v. 21, n. 2, p. 117-24, 2006.

TEIXEIRA, F.V.; PAIS-RIBEIRO, J.L.; DA COSTA MAIA, A.R.P. Crenças e práticas dos profissionais de saúde face à obesidade: uma revisão sistemática. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 2, p. 254-262, 2012.

VANDENBROECK, I.P.; GOOSSENS, J.; CLEMENS, M. Foresight. Tackling obesities: future choices- building the Obesity System Map. London: Government Office for Science, 2007.

VIANA, Victor; SANTOS, Pedro Lopes dos; GUIMARAES, Maria Júlia. Comportamento e hábitos alimentares em crianças e jovens: Uma revisão da literatura. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 9, n. 2, 2008.

WADDEN, Thomas A. et al. A two-year randomized trial of obesity treatment in primary care practice. **New England Journal of Medicine**, v. 365, n. 21, p. 1969-1979, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Primary Health Care. Genebra: WHO, 1978.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of the joint WHO/FAO expert consultation. Genebra; 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Genebra, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: World Health Organization, 2014

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Draft Final Report of the Commission on Ending Childhood Obesity. Geneva, 2015. Disponível em < <http://www.who.int/entity/ending-childhood-obesity/commission-ending-childhood-obesity-draft-final-report-en.pdf?ua=1>> Acessado em <23/12/2015>).



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity and overweight. Fact sheet nº 311. Disponível em: < <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>> Acessado em 24 de abril de 2015.

WRIGHT, S. M.; ARONNE, L. J. Causes of obesity. **Abdominal imaging**, v. 37, n. 5, p. 730-732, 2012.

ZHU, DQ, NORMAN,, IJ, WHILE AE: The relationship between doctors' and nurses' own weight status and their weight management practices: a systematic review. **Obes Rev** 2011, 12(6):459–469.



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA

ANEXO I – *Theoretical Domains Framework (TDF)*. Adaptado de Michie, 2005 e Cane, 2012.

DOMÍNIOS	CONSTRUCTOS
Conhecimento	Conhecimento; Conhecimento processual; Conhecimento sobre ambiente de tarefas
Habilidades	Habilidades; Desenvolvimento de habilidades; Competência; Aptidão; Habilidades interpessoais Prática; Avaliação de competências
Papel social/profissional e identidade	Identidade profissional; Papel profissional; Identidade social; Identidade; Fronteiras profissionais; Confiança profissional; Identidade do grupo; Liderança; Comprometimento organizacional.
Crenças sobre capacidades	Auto-eficácia; Competências percebidas; Auto-confiança; Crenças; Empoderamento; Auto-estima Controle comportamental percebido; Confiança profissional
Otimismo	Otimismo; Pessimismo; Otimismo irreal; Identidade
Crenças sobre consequências	Crenças; Expectativa de resultados; Características das expectativas de resultados; Arrependimento antecipado; Consequências
Reforço	Recompensas (proximais/distais; valoradas/não valoradas; prováveis/improváveis); Incentivos; Punição; Resultados/efeitos; Reforço; Contingentes; Sanções
Intenções	Estabilidade das intenções; Modelos de mudança de comportamento; Modelo transteórico e estágios de mudança
Objetivos	Objetivos (distais e proximais); Prioridades de objetivos; Estabelecimento de objetivos/metas; Objetivos (autônomos ou controlados)



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA

DOMÍNIOS	CONSTRUCTOS
	Planejamento das ações; Intenção de implementação
Memória, atenção e processos de decisão	Memória; Atenção; Controle de atenção; Tomada de decisão Esgotamento cognitivo / cansaço
Contexto ambiental e recursos	Recursos / recursos materiais; Estressores ambientais; Cultura / Clima organizacional; Eventos salientes / incidentes críticos; Pessoa x interação ambiental; Barreiras e facilitadores
Influências sociais	Pressão Social; Normas sociais; Conformidade do grupo; Comparações sociais; Normas do grupo; Apoio do grupo; Poder; Conflitos intergrupo; Alienação; Identidade do grupo; Modelagem.
Emoção	Afeto; Estresse; Depressão; Medo; Burn-out; Afetação positiva/negativa; Ansiedade
Regulação comportamental	Auto-monitoramento; Quebra de hábitos; Planejamento das ações



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA



Anexo II – Roteiro de entrevista

O objetivo desse estudo é compreender como é realizado o cuidado ao indivíduo com excesso de peso pelos nutricionistas da Atenção Básica do Distrito Federal.

Todas as perguntas dizem respeito a como você, enquanto profissional da Atenção Básica, realiza estas ações, sua percepção, resultados e desafios. Gostaria que você respondesse sempre a partir da sua experiência e vivência.

Então para iniciarmos:

1. **Você diria que os indivíduos com obesidade, representam uma parte considerável da sua agenda de trabalho?**
2. **Pela sua experiência, quais são as principais causas do excesso de peso?**
3. **Quais ações você desenvolve para cuidar dos indivíduos com excesso de peso?**
4. **Quais desafios e barreiras você identifica para realizar esse cuidado?**
5. **Quais resultados, positivos ou negativos, que você identifica em relação ao cuidado que você presta a esses indivíduos?**
6. **Você identifica melhorias ou mudanças necessárias para realizar um cuidado mais efetivo?**

Agora eu gostaria de apresentar uma definição de ATENÇÃO NUTRICIONAL – que pode ser aplicada à atenção ao excesso de peso para que você possa me dar sua opinião sobre sua aplicação.

Em 2013, o Ministério da Saúde publicou diretrizes para a organização da prevenção e tratamento do excesso de peso, definindo qual seria o papel da atenção básica para esse cuidado. Em 2012, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) já trouxe também características necessárias para a realização da atenção nutricional no âmbito do SUS. **Desta forma, a atenção nutricional na atenção básica para prevenção e controle da obesidade deveria ser compreender as seguintes ações:**

(1) o **acolhimento** adequado desses indivíduos, desencadeando um atendimento adequado e integral por parte da equipe;

(2) a **análise contínua** da situação alimentar e nutricional da população e seus fatores determinantes (como disponibilidade, comercialização e distribuição de alimentos no contexto de vida desses indivíduos);

(3) realização de **ações de promoção da saúde e prevenção da obesidade** de forma intersetorial, respeitando hábitos e cultura local;



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA

(4) desenvolvimento de estratégias adequadas que **apoiem o autocuidado** por parte dos indivíduos para recuperação do peso saudável;

(5) **atendimento** multiprofissional os indivíduos com excesso de peso;

(6) **atendimento** multiprofissional aos indivíduos submetidos à **cirurgia bariátrica**;

(7) realização do **devido encaminhamento** aos outros pontos de atenção, quando necessário, sem perder o vínculo.

Nesta perspectiva, as ações devem ser desenvolvidas não apenas com os indivíduos, mas também com a família e comunidade, levando em consideração os diversos fatores que influenciam no surgimento do excesso de peso. Tanto a atuação dos profissionais quanto a organização do serviço de saúde deve garantir um cuidado integral a esses indivíduos.

7. O que você acha desse conceito de atenção nutricional?

Diante disso, gostaria de conversar com você sobre desafios e barreiras que você identifica em relação ao seu contexto de trabalho, ao seu conhecimento/habilidades e à sua motivação que poderiam influenciar na realização da atenção nutricional ao indivíduo com excesso de peso a partir dessa perspectiva.

Por favor, responda de forma espontânea a partir da sua própria realidade, sem focar no que seria o “ideal” ou “mais adequado”, mas sim a partir da sua própria percepção, levando em consideração o conjunto de ações que foram apresentadas e os desafios de implementação.

OBJETIVOS

8. Qual o objetivo você identifica na realização da atenção nutricional nessa perspectiva?

9. Você acha que esses objetivos encontram algum conflito em relação a outros objetivos que você tenha que alcançar no seu cotidiano de trabalho?

CRENÇAS SOBRE CONSEQUÊNCIAS / OTIMISMO (VALORAÇÃO DAS CONSEQUÊNCIAS)

10. Você acha que esta abordagem de atenção nutricional pode trazer algum benefício ou resultado, tanto para você como para os usuários, diferente daqueles que podem ser atualmente alcançados?

11. E quais as possíveis desvantagens?

12. Quão efetivo você acha que essa abordagem de atenção nutricional seria em relação à prevenção e controle do excesso de peso?

INTENÇÃO



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA

13. **Se você pudesse escolher, realizaria o cuidado do indivíduo com excesso de peso a partir dessa perspectiva?**

CONHECIMENTO

14. **Você já conhecia alguma diretriz (ou seja, algum protocolo, material orientador, diretriz terapêutica) para a realização da atenção nutricional aos indivíduos com excesso de peso nessa perspectiva? Se sim, qual?**
15. **Você conhece os procedimentos, os passos e as estratégias necessárias para realização desse conjunto de ações para atenção nutricional ao indivíduo com excesso de peso?**

HABILIDADES

16. **Você sabe ou saberia realizar uma atenção nutricional que envolvesse essas ações propostas para atenção nutricional ao excesso de peso?**
17. **Considerando suas habilidades profissionais e contexto de trabalho, é fácil ou difícil prestar atenção nutricional aos pacientes com excesso de peso a partir dessa perspectiva?**

CRENÇAS SOBRE CAPACIDADES

18. **Você se sente preparada para realizar uma atenção nutricional nessa perspectiva?**
19. **Você se sente preparada para desenvolver ações com as famílias e outros grupos da comunidade tanto na unidade de saúde como em outros espaços?**
20. **Você sente confiança em relação às suas capacidades e habilidades pessoais e profissionais para prestar atenção nutricional aos indivíduos com excesso de peso nessa perspectiva?**

REFORÇO

21. **Você percebe algo que te encorajaria ou desencorajaria a prestar uma atenção nutricional nessa perspectiva? Pode ser algo em relação à sua organização do trabalho, relação com equipe/chefia, etc**

REGULAÇÃO COMPORTAMENTAL

22. **O que de fato precisaria acontecer para você efetivamente realizar uma atenção nutricional nessa perspectiva?**



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA

PAPEL SOCIAL/PROFISSIONAL E IDENTIDADE

23. **Você sente algum tipo de constrangimento ou estranhamento em relação ao seu papel profissional ou pessoal frente a essa perspectiva de atenção nutricional?**
24. **Como você avalia sua autonomia profissional ou pessoal frente à realização de uma atenção nutricional nessa perspectiva?**

INFLUÊNCIAS SOCIAIS

25. **Você percebe que a opinião/postura de outros profissionais da sua equipe de trabalho poderiam influenciar na realização de uma atenção nutricional nessa perspectiva?**
26. **No momento de interação com o indivíduo com excesso de peso (em uma consulta ou atividade, por exemplo), você percebe que a reação, comportamento ou alguma colocação dele influencia na sua forma de prestar a atenção nutricional?**

CONTEXTO AMBIENTAL E RECURSOS

27. **Quais situações do meio ambiente de trabalho (como estrutura, disponibilidade de insumos) ou processos de trabalho da equipe influenciam na possibilidade de realização da atenção nutricional nessa perspectiva?**

MEMÓRIA, ATENÇÃO E PROCESSOS DE DECISÃO

28. **Quão flexível é a forma de você prestar atenção nutricional aos indivíduos com excesso de peso? (em relação aos tipos de ações desenvolvidas, frequências, lógicas de trabalho etc)**

EMOÇÃO

29. **Quais sentimentos surgem quando você presta atenção nutricional aos indivíduos com excesso de peso?**
30. **Esses sentimentos influenciam na sua atuação de alguma forma?**
31. **Identifica algum novo sentimento diante dessa perspectiva de atenção nutricional?**

Essas são as perguntas que tenho para você. Tem algo a mais que você gostaria de falar sobre esse assunto que lhe veio à mente, mas não foi abordado em nenhuma questão?

O que você achou da entrevista?



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA

ANEXO III - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa de mestrado “O CUIDADO AO INDIVÍDUO COM EXCESSO DE PESO NA ATENÇÃO BÁSICA DO DISTRITO FEDERAL” sob a responsabilidade da pesquisadora Ana Luisa Souza de Paiva. O projeto consiste em uma pesquisa junto às nutricionistas da atenção básica do Distrito Federal sobre suas percepções quanto às ações, desafios e perspectivas quanto ao cuidado dos indivíduos com excesso de peso.

O objetivo da pesquisa é compreender os fatores que influenciam no cuidado realizado aos indivíduos com excesso de peso na atenção básica do Distrito Federal.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de entrevista individual realizada em seu próprio local de trabalho, após agendamento prévio mediante contato telefônico ou por e-mail, na data combinada e com um tempo estimado de uma hora e meia para sua realização. Caso seja necessário, outras entrevistas poderão ser agendadas para maior aprofundamento.

A participação na pesquisa pode incorrer no risco de constrangimento ao se abordar determinados assuntos durante a entrevista, de maneira que o(a) senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer um dos momentos) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Se você aceitar participar, estará contribuindo para uma melhor compreensão dos desafios e barreiras no processo do cuidado aos indivíduos com sobrepeso e obesidade.

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer um dos momentos) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Caso lhe ocorra alguma despesa relacionada diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável. Da mesma forma, caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone (inclusive a cobrar, caso seja necessário) para: Ana Luisa Souza de Paiva, na Universidade de Brasília, no telefone (61) 9296-2005 ou 3107 1826, durante qualquer período (inclusive finais de semana no celular) ou entre em contato pelo e-mail anapaiva.nutricao@gmail.com.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável
Nome e assinatura

Brasília, ____ de _____ de _____.



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA

ANEXO IV – Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz Para Fins de Pesquisa

Eu, _____ autorizo a utilização da minha imagem e som de voz, na qualidade de participante/entrevistado(a) no projeto de pesquisa intitulado “O CUIDADO AO INDIVÍDUO COM EXCESSO DE PESO NA ATENÇÃO BÁSICA DO DISTRITO FEDERAL” de responsabilidade da pesquisadora Ana Luisa Souza de Paiva, vinculado(a) ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição Humana.

Minha imagem e som de voz podem ser utilizadas apenas para análise por parte da equipe de pesquisa com vistas ao alcance dos objetivos expressos no projeto de pesquisa supracitado.

Tenho ciência de que não haverá divulgação da minha imagem nem som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e a pesquisa explicitadas acima. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens e sons de voz são de responsabilidade do(a) pesquisador(a) responsável.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, da minha imagem e som de voz.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o(a) participante.

Assinatura do (a) participante

Nome e Assinatura do (a) pesquisador (a)

Brasília, ___ de _____ de _____