

MAÍRA MENDES COELHO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE INDIVÍDUOS COM
EXCESSO DE PESO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ANÁLISE DO
PROCESSO DE TRABALHO E DO ESTIGMA DE PESO PELO OLHAR DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Nutrição, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

Orientadora: Glauce Dias da Costa

Coorientadoras: Leidjaira Lopes Juvanhol
Helen Hermana Miranda Hermsdorff
Rosângela Minardi Mitre Cotta

**VIÇOSA - MINAS GERAIS
2021**

**Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade
Federal de Viçosa - Campus Viçosa**

T

C672a
2021

Coelho, Máira Mendes, 1995-

Avaliação da qualidade da assistência de indivíduos com excesso de peso no contexto da atenção primária à saúde : análise do processo de trabalho e do estigma de peso pelo olhar dos profissionais de saúde / Máira Mendes Coelho. – Viçosa, MG, 2021.

111 f. : il. ; 29 cm.

Inclui anexo.

Inclui apêndices.

Orientador: Glauce Dias da Costa.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa.

Inclui bibliografia.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Obesidade. 3. Integralidade em Saúde. 4. Avaliação de Processos em Cuidado de Saúde. 5. Estereotipagem. I. Universidade Federal de Viçosa. Departamento de Nutrição e Saúde. Programa de Pós-Graduação em Ciência da Nutrição. II. Título.

CDD 22. ed. 616.398

MAÍRA MENDES COELHO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE INDIVÍDUOS COM
EXCESSO DE PESO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ANÁLISE DO
PROCESSO DE TRABALHO E DO ESTIGMA DE PESO PELO OLHAR DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada à Universidade Federal
de Viçosa como parte das exigências do
Programa de Pós-Graduação em Ciência da
Nutrição, para obtenção do título de *Magister
Scientiae*.

APROVADA: 11 de fevereiro de 2021.

Assentimento:



Maíra Mendes Coelho
Autora



Glauce Dias da Costa
Orientadora

Dedico este trabalho à minha família, amigos e professores, que me apoiaram nessa caminhada

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, que sempre iluminou e guiou meus caminhos, abrindo portas e colocando pessoas especiais em minha vida.

Aos meus pais Ana Iris e José Geraldo, por confiarem em mim e me incentivarem sempre, não me permitindo desistir. Vocês são meus exemplos e só cheguei até aqui graças a vocês. Espero um dia poder retribuir pelo menos parte de tudo que fazem por mim.

Ao meu irmão Caio, por deixar os dias difíceis mais leves e ser meu companheiro sempre.

Ao meu namorado, Andrei, por toda paciência e amor, por me apoiar sempre em minhas decisões. Obrigada por acreditar em mim.

Aos meus familiares, por todo carinho, encorajamento e cuidado sempre demonstrados.

Aos meus amigos pelos momentos de descontração, pela escuta, acolhimento, confiança. Vocês são tudo para mim e é muito bom saber que tenho tantas pessoas maravilhosas ao meu lado.

A toda equipe do RENOB-MG por todo aprendizado e auxílio na coleta de dados, por todos os trabalhos desenvolvidos e desafios superados em equipe, permitindo meu crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional. Também pelos momentos de diversão compartilhados, vocês foram muito importantes nessa caminhada.

Aos profissionais da saúde que participaram do projeto RENOB-MG, a presença de vocês foi imprescindível para que esse estudo acontecesse.

Ao VigSUS por me acolher, me proporcionar a oportunidade de conhecer pessoas incríveis, por todo conhecimento e apoio. Agradeço especialmente à Irene e Cíntia que foram grandes parceiras e contribuíram muito para o desenvolvimento do trabalho. Também à Karen, pelo incentivo, amizade e por compartilhar esse momento comigo.

À minha querida orientadora Glauce, meu profundo agradecimento pela oportunidade de aprendizagem e crescimento, por ser um grande exemplo não apenas como profissional, mas como ser humano, com toda a sua sensibilidade e delicadeza. Por estar sempre disponível e presente, mesmo que não fisicamente.

À minha coorientadora Helen, por todo apoio e feedback oferecidos durante o desenvolvimento do trabalho, por ser exemplo de liderança e competência. Só tenho a agradecer a oportunidade de aprender e crescer com você.

À minha coorientadora Leidjaira, por toda paciência, calma, carinho e aprendizado durante o desenvolvimento dos trabalhos. Toda a minha admiração por você!

À minha coorientadora Rosângela por todos os ensinamentos desde a graduação, o seu olhar humano me inspira e é sempre um prazer poder trabalhar com você.

À professora Fernanda por prontamente aceitar fazer parte da banca de dissertação e por toda contribuição oferecida.

A Universidade Federal de Viçosa, em especial ao Departamento de Nutrição e Saúde (DNS) e ao Programa de Pós Graduação em Ciência da Nutrição por proporcionarem um ensino de excelência. Agradeço a todos os professores e funcionários do DNS que participaram dessa caminhada e contribuíram com minha formação profissional e pessoal, grande carinho por vocês.

Ao CNPq pelo apoio financeiro ao projeto RENOB-MG e à CAPES pela concessão da bolsa de estudos para realização do mestrado. O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

A todos que contribuíram de alguma forma nessa jornada e que torceram para que hoje eu estivesse aqui, muito obrigada!

RESUMO

COELHO, Maíra Mendes, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, fevereiro de 2021. **Avaliação da qualidade da assistência de indivíduos com excesso de peso no contexto da Atenção Primária: análise do processo de trabalho e do estigma de peso pelo olhar dos profissionais de saúde.** Orientadora: Glauce Dias da Costa. Coorientadores: Leidjaira Lopes Juvanhol, Helen Hermana Miranda Hermsdorff e Rosângela Minardi Mitre Cotta.

O caráter multifatorial da obesidade, que envolve a complexa interação entre fatores que estão além do controle do indivíduo, constitui um desafio para Atenção Primária à Saúde (APS). O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade da assistência ao indivíduo com sobrepeso ou obesidade na APS em Minas Gerais a partir da análise dos processos de trabalho e do estigma de peso por profissionais de saúde do NASF-AB. Trata-se de um estudo seccional, avaliativo e exploratório realizado com profissionais de saúde de 62 municípios mineiros. Os profissionais responderam a ferramenta “Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade”, adaptada para avaliação da organização dos processos de trabalho e atenção integral à saúde dos indivíduos com sobrepeso e obesidade. Para análise do estigma de peso, responderam ao instrumento de Harvey et al. (2002), adaptado transculturalmente pela equipe de pesquisa deste projeto para o português brasileiro. Os dados de ambos os questionários foram compilados utilizando o *software* Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 23.0 e todos os testes consideraram o nível de significância estatística $p < 0,05$. Para estatística descritiva, utilizou-se frequências absolutas e relativas, média, desvio padrão, valores mínimo e máximo. Para avaliação dos processos de trabalho, escores foram gerados, de acordo com as respostas por município. Associações entre os escores obtidos na dimensão e subdimensões da ferramenta e variáveis do município foram testadas por modelos de Equações de Estimativa Generalizadas. Os testes qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher foram utilizados para testar a associação entre o estigma de peso e o IMC dos participantes do estudo. Todos os municípios obtiveram classificação de regular a muito satisfatória. Com ajuste do modelo, o escore do processo de trabalho foi inversamente associado à prevalência de excesso de peso ($p = 0,016$) e positivamente à cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ($p < 0,001$) e PIB per capita ($p = 0,015$). O escore da subdimensão Atenção Integral foi associado ao tamanho do município ($p < 0,001$) e à taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório ($< 0,001$). O escore total, associou-se com o tamanho do município ($p < 0,001$) e à cobertura da ESF ($p < 0,001$). Vícios alimentares, ingestão excessiva de alimentos inadequados e sedentarismo foram as causas da obesidade com maior concordância

de acordo com a percepção dos profissionais (96, 95,2 e 93,7%, respectivamente). Aproximadamente metade dos participantes concordou que indivíduos com obesidade devem ser responsabilizados por sua condição. Mais da metade dos profissionais acredita que a obesidade pode influenciar a felicidade, autoconfiança e saúde. Não houve associação entre as crenças relacionadas ao estigma de peso e a presença de excesso de peso nos participantes. Existe a necessidade de aprimorar o cuidado ofertado a esses indivíduos no que concerne a redução do estigma, ações de vigilância, discussões de fluxos de atendimento, implementação de ferramentas que auxiliam no cuidado, suporte familiar, coordenação do cuidado, aprimoramento do apoio matricial por meio de agenda integrada e desenvolvimento conjunto de atividades de educação permanente. Esse estudo foi fundamental para as futuras ações, que devem buscar sanar essas fragilidades para alcançar a integralidade do cuidado.

Palavras-chave: Atenção básica. Obesidade. Integralidade. Avaliação de processos. Crenças.

ABSTRACT

COELHO, Máira Mendes, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, February, 2021. **Quality of care assessment for overweight individuals in the context of primary health: analysis of working process and stigma of weight associated by health professionals.** Advisor: Glaucé Dias da Costa. Co-advisor: Leidjaira Lopes Juvanhol, Helen Hermana Miranda Hermsdorff e Rosângela Minardi Mitre Cotta.

The multifactorial character of obesity, which involves the complex interaction between factors that are beyond the control of the individual, constitutes a challenge for Primary Health Care (PHC). The aim of this study was to evaluate the quality of care for overweight or obese individuals in PHC in Minas Gerais, based on the analysis of work processes and weight stigma by NASF-AB health professionals. This is a sectional, evaluative and exploratory study conducted with health professionals from 62 municipalities in Minas Gerais. The professionals answered the Self-Assessment Tool for Improving Access and Quality, adapted to assess the organization of work processes and comprehensive health care for individuals with overweight and obesity. To analyze the weight stigma, they answered a self-applied questionnaire, cross-culturally adapted by the research team to Brazilian Portuguese. The data from both questionnaires were compiled using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) software 23.0 and the level of significance adopted was 5%. The data were analyzed through descriptive statistics, using absolute and relative frequencies, mean, standard deviation, minimum and maximum values. To evaluate the work processes, scores were generated according to the responses by municipality. Associations between the scores obtained and variables in the municipality were tested using Generalized Estimation Equation models. Pearson's chi-square test and Fisher's exact test were used to test the association between weight stigma and BMI of study participants. All municipalities obtained a classification from regular to very satisfactory. After adjustment of model, the work process score was inversely associated with the prevalence of overweight ($p = 0.016$) and positively with the coverage of the Family Health Strategy (FHS) ($p < 0.001$) and GDP per capita ($p = 0.015$). The score of the Comprehensive Care subdimension was associated with the size of the municipality ($p < 0.001$) and the mortality rate due to diseases of the circulatory system (< 0.001). The total score was associated with the size of the municipality ($p < 0.001$) and the coverage of the FHS ($p < 0.001$). Food addictions, eating too many inappropriate foods and physical inactivity were the causes of obesity with the highest agreement (96, 95.2 and 93.7%, respectively), according to the perception of professionals (96, 95.2 and 93.7%, respectively).

Approximately half of the participants agreed that individuals with obesity should be held responsible for their condition. Approximately half of the participants agreed that individuals with obesity should be held responsible for their condition. More than half of the professionals believe that obesity can influence happiness, self-confidence and health. There was no association between beliefs related to weight stigma and the presence of excess weight in the participants. There is a need to improve the care offered to these individuals with regard to reducing weight stigma, surveillance actions, discussions of care flows, implementation of tools that assist in care, family support, coordination of care, improvement of matrix support through an integrated agenda and joint development of permanent education activities. This study was essential for future actions, which should seek to remedy these weaknesses in order to achieve comprehensive care.

Keyword: Primary care. Obesity. Comprehensive care. Process assessment. Beliefs.

LISTA DE FIGURAS, TABELAS E QUADROS

METODOLOGIA

Quadro 1 – Municípios contemplados pelo projeto RENOB-MG	38
Quadro 2 – Estrutura da ferramenta AMAQ-NASF adaptada para atendimento ao indivíduo com sobrepeso ou obesidade	40
Quadro 3 – Percentual das subdimensões em categorias	41

ARTIGO 1

Tabela 1 – Descrição dos itens avaliados na subdimensão Organização do Processo de Trabalho. Minas Gerais, Brasil (2019).	66
Tabela 2 – Descrição dos itens avaliados na subdimensão Atenção Integral à Saúde. Minas Gerais, Brasil (2019).	68
Tabela 3 – Caracterização dos municípios participantes do estudo, segundo variáveis demográficas e socioeconômicas referentes ao ano de 2019.	70
Tabela 4 – Coeficientes, intervalos de confiança e valor de p com base nas equações de estimativa generalizada (GEE), modelo bruto	71
Tabela 5 – Coeficientes, intervalos de confiança e valor de p com base nas equações de estimativa generalizada (GEE), modelo ajustado	73
Tabela Suplementar 1 – Classificação das subdimensões da ferramenta AMAQ-NASF adaptada, de acordo com o escore obtido por município.	74

ARTIGO 2

Figure 1 – Flowchart of the cross-cultural adaptation process	88
Table 1– Beliefs about the causes of obesity by health professionals. Minas Gerais, Brazil (2019).	89
Table 2 – Beliefs regarding the majority of people with obesity by health professionals. Minas Gerais, Brazil (2019).	90
Table 3 – Beliefs regarding people with obesity by health professionals. Minas Gerais, Brazil (2019).	91
Table 4 – Beliefs about the attitudes that individuals with obesity should have. Minas Gerais, Brazil (2019).	93
Table 5 – Beliefs about other people's attitudes towards people with obesity. Minas Gerais, Brazil (2019).	94

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AMAQ	Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DP	Desvio Padrão
Esf	Equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GEE	Equações de Estimativa Generalizadas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IMC	Índice de Massa Corporal
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PICs	Práticas Integrativas e Complementares
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RENOB-MG	Rede para o Enfrentamento da Obesidade em Minas Gerais
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
Vigitel	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
REFERÊNCIAS.....	17
REVISÃO DE LITERATURA	19
OBESIDADE.....	19
NASF-AB E ABORDAGEM PROFISSIONAL SOBRE A OBESIDADE.....	21
PROCESSOS DE TRABALHO DO NASF-AB E PMAQ.....	24
ESTIGMA DA OBESIDADE	26
REFERÊNCIAS.....	30
OBJETIVOS.....	35
OBJETIVO GERAL	35
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	35
METODOLOGIA.....	36
AVALIAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DO NASF PARA O CUIDADO DE INDIVÍDUOS COM SOBREPESO OU OBESIDADE ...	38
AVALIAÇÃO DO ESTIGMA DE PESO	40
ANÁLISES ESTATÍSTICAS.....	41
ASPECTOS ÉTICOS.....	41
RESULTADOS	42
ARTIGO ORIGINAL 1: Qualidade do cuidado a indivíduos com excesso de peso na perspectiva dos processos de trabalho do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)	42
Resumo.....	42
Introdução.....	43
Metodologia	44
Resultados	47
Discussão.....	49
Conclusões	54
Referências.....	55
ARTIGO ORIGINAL 2: Weight stigma among health professionals and its implications	67
Abstract	67
INTRODUCTION.....	67

METHODOLOGY	68
RESULTS.....	71
DISCUSSION	72
CONCLUSION	75
REFERENCES.....	76
CONCLUSÕES GERAIS.....	86
APÊNDICES	87
APÊNDICE 1	87
APÊNDICE 2.....	97
APÊNDICE 3.....	103
ANEXO 1.....	106

INTRODUÇÃO

O sobrepeso e a obesidade têm apresentado crescimento notável nos países em desenvolvimento e subdesenvolvidos, apesar de já terem sido considerados problemas dos países desenvolvidos (ANS, 2017; BRASIL, 2014a). No Brasil, dados da pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) evidenciam que o número de indivíduos com obesidade aumentou de um percentual de 11,8 em 2006 para 20,3 em 2019. Na capital mineira, mais da metade dos adultos estão com excesso de peso (52,5%) e 19,9% com obesidade (BRASIL, 2020).

A obesidade é resultado de uma complexa interação entre fatores biológicos e psicológicos, combinados com influências ambientais e sociais, demandando, portanto, uma abordagem multiprofissional e transdisciplinar, onde o sujeito deve ser considerado em sua singularidade, complexidade, inteireza e inserção sócio cultural (PERRIARD-ABDOH et al., 2019; COSTA et al., 2009). Nessa perspectiva, o seu enfrentamento constitui um desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS), em especial para a Atenção Primária à Saúde (APS), que deve buscar a transformação da forma de pensar e praticar saúde, com reorientação do modelo assistencial brasileiro, médico, medicamentoso, curativo, individual, hospitalocêntrico e fragmentado, em um modelo de saúde coletivo, baseado em um trabalho humanizado, dinâmico e integral de equipes multi e interprofissionais, com foco na família e na comunidade (CAVALCANTE et al., 2018; COSTA et al., 2009).

A APS tem promovido a mudança de modelo por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), centrada no trabalho em equipe multiprofissional e atuação em população adscrita (MICLOS; CALVO; COLUSSI, 2019). Com objetivo de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços a partir da ampliação e fortalecimento de suas ações, o Ministério da Saúde (MS) criou em 2008 os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), hoje denominados Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) (NASCIMENTO et al., 2018, BRASIL, 2008). Seu propósito é apoiar as Equipes de Saúde da Família (eSF) em um trabalho integrado, a partir da lógica do apoio matricial, com ações compartilhadas e interdisciplinares, a fim de aumentar a capacidade resolutiva de toda equipe (SILVA et al., 2019).

Embora se reconheça o potencial do NASF-AB para ampliação da qualificação e resolutividade da APS, diferentes formas de implantação e operacionalização do mesmo repercutem nos padrões de desempenho da APS e resultam em diferenças regionais no país

(BROCARD et al., 2018; MICLOS; CALVO; COLUSSI, 2017). Nesse contexto a avaliação dos processos de trabalho do NASF-AB pode contribuir para o avanço na integralidade da atenção, subsidiando a tomada de decisão, a reorientação de ações e serviços, bem como o monitoramento do impacto das ações sobre o estado de saúde da população (NASCIMENTO et al., 2018; MICLOS; CALVO; COLUSSI, 2017; BRASIL, 2014b; MORAES; ALMEIDA; SOUZA, 2013).

Apesar da sua importância, estudos que analisaram o cuidado ofertado aos indivíduos com obesidade considerando a autoavaliação dos processos de trabalho do NASF-AB ainda são escassos na literatura. Estudos sobre obesidade no Brasil têm focado na epidemiologia, impacto de medidas específicas e na apresentação das ações que vêm sendo implementadas principalmente pelo setor saúde. A abordagem do tema na ótica dos processos de trabalho é incipiente e sua avaliação é fundamental (DIAS et al., 2017). A estigmatização de indivíduos com obesidade torna a avaliação do cuidado nos serviços de saúde ainda mais necessária, visto que quando o estigma está presente nesse contexto, pode impactar a atuação dos profissionais de saúde, comprometer os encaminhamentos para serviços especializados e prejudicar a utilização desses serviços pelos pacientes, afetando a maneira como os serviços são projetados e prestados (PERRIARD-ABDOH et al., 2019; BREWIS; STURTZSREETHARAN; WUTICH, 2018; PHELAN et al., 2015; PUHL; HEUER, 2010;).

O estigma está associado a estereótipos difundidos na sociedade de que indivíduos com obesidade são preguiçosos, desmotivados, sem autocontrole, entre outros atributos negativos (WERKHOVEN, 2020). Esses estereótipos surgem a partir da noção de controlabilidade da obesidade, na qual ela é vista como um desbalanço energético causado a partir de negligência pessoal por excesso do consumo de calorias e baixa atividade física, apesar do seu caráter multifatorial envolver diversos fatores que estão além do controle do indivíduo. Essa visão simplificada resulta na culpabilização dos indivíduos com excesso de peso, que se traduz em atitudes, crenças e comportamentos negativos em relação a esses indivíduos (RUBINO et al., 2020; ALBERGA et al., 2018).

O estigma de peso pode ainda levar a uma maior probabilidade de o indivíduo aderir padrões alimentares não saudáveis e evitar atividades físicas. Impacta também o bem-estar emocional, podendo resultar em depressão, baixa autoestima, má imagem corporal e suicídio. Nesse contexto, o estigma de peso representa um grande obstáculo aos esforços para efetivamente prevenir e tratar a obesidade e, pelas consequências diretas para o paciente em

relação a sua saúde física e mental, já deveria ser uma preocupação da saúde pública (DARLING, ATAV, 2019; PERRIARD-ABDOH et al., 2019; WEAVER, TRAINER, 2017).

Nesse contexto, pretende-se neste estudo avaliar a qualidade da assistência ao indivíduo com sobrepeso ou obesidade na APS em municípios de Minas Gerais, a partir da análise do processo de trabalho e do estigma de peso por profissionais de saúde do NASF-MG, possibilitando a identificação de fatores que interferem na qualidade do cuidado ofertado e na reflexão sobre a organização dos serviços e atendimentos oferecidos.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS (Brasil). Manual de diretrizes para o enfrentamento da obesidade na saúde suplementar brasileira. Rio de Janeiro: ANS. 2017.
- ALBERGA, A. S. et al. Canadian Senate report on obesity: focusing on individual behaviours versus social determinants of health may promote weight stigma. **Journal of obesity**, v. 2018, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. 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/Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 116 p.: il. – (Série Técnica Redes Integradas de Atenção à Saúde, v. 10)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008: Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Orientações para a implantação dos núcleos. Brasília. Ministério da Saúde, 2008. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html]. Acesso em outubro de 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Brasília, 2014b. 212 p. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 38).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 137.: il
- BREWIS, A.; STURTZSREETHARAN, C.; WUTICH, A. Obesity stigma as a globalizing health challenge. **Globalization and health**, v.14, n.1, p.20, 2018.
- BROCARD, D. et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 130-144, 2018.
- CAVALCANTE, A. S. P. et al. Autoavaliação Para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica em município do interior do Ceará. **Revista de Atencao Primaria a Saude**, v. 21, n. 1, 2018.
- COSTA, G. D., et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.62, n.1, p.113-118, 2009.

DARLING, R.; ATAV, A. Serdar. Attitudes toward obese people: a comparative study of nursing, education, and social work students. **Journal of Professional Nursing**, v. 35, n. 2, p. 138-146, 2019.

MICLOS, P. V.; CALVO, M. C. M.; COLUSSI, C. F. Avaliação do desempenho das ações e resultados em saúde da atenção básica. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 86, 2017.

MORAES, A. L.; ALMEIDA, E. C.; SOUZA, L. B. Percepções de obesos deprimidos sobre os fatores envolvidos na manutenção da sua obesidade: investigação numa unidade do Programa Saúde da Família no município do Rio de Janeiro. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 553-572, 2013.

NASCIMENTO, C. M. B. et al. Configurações do processo de trabalho em núcleos de apoio à saúde da família e o cuidado integral. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 3, p. 1135-1156, 2018.

PERRIARD-ABDOH, S. et al. Psychological perspectives on obesity: addressing policy, practice and research priorities. **British Psychological Society**, 2019.

PHELAN, S. M., et al. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. **Obesity Reviews**, v.16, n.4, p.319-326, 2015.

PUHL, R. M.; HEUER, C. A. Obesity stigma: important considerations for public health. **American Journal of Public Health**, v. 100, n. 6, p. 1019-1028, 2010.

RUBINO, F. et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. **Nature Medicine**, p. 1-13, 2020.

SILVA, I. C. B. et al. O processo de trabalho do núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, n. 1, 2019.

WEAVER, L. J., TRAINER, S. Shame, Blame, and Status Incongruity: Health and Stigma in Rural Brazil and the Urban United Arab Emirates. **Culture, Medicine, and Psychiatry**, v.41, n.3, p.319–340, 2017.

WERKHOVEN, T. Designing, implementing and evaluating an educational intervention targeting weight bias and fat stereotyping. **Journal of Health Psychology**, 2020.

REVISÃO DE LITERATURA

OBESIDADE

Um terço da população mundial é classificada como sobrepeso ou obesidade, representando o dobro da prevalência da década de 80 (CHOOI; DING; MAGKOS, 2019). No Brasil, o aumento dessas condições tem sido identificado nas diferentes faixas etárias, em ambos os sexos e em todos os níveis de renda, embora a velocidade de crescimento seja mais expressiva na população com menor renda familiar. Dados do Vigitel 2019 evidenciam que no conjunto das 27 capitais do país, em 2019 a prevalência de excesso de peso foi de 57,1% entre os homens e 53,9% entre as mulheres. Em relação à obesidade, a frequência foi ligeiramente maior entre as mulheres (21,0%) do que entre os homens (19,5%) (BRASIL, 2020; DIAS et al., 2017).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a obesidade como agravo de caráter multifatorial resultante de balanço energético positivo, ou seja, a ingestão energética excede o gasto energético. Porém, os comportamentos que criam esse desequilíbrio são influenciados por uma interação complexa de fatores biológicos, psicológicos, sociológicos e ambientais, que estão além do controle pessoal (PERRIARD-ABDOH et al., 2019). A obesidade é considerada um importante fator de risco para outras Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), estando relacionada a complicações metabólicas que incluem o aumento da pressão arterial, alterações dos níveis de colesterol e triglicerídeos sanguíneos, além de resistência à insulina (CHOOI; DING; MAGKOS, 2019; BRASIL, 2014a).

O diagnóstico do sobrepeso e obesidade tem sido frequentemente realizado por meio do índice de massa corporal (IMC), devido à facilidade de mensuração e interpretação, baixo custo e por ser uma medida não invasiva, sendo utilizado tanto na prática clínica quanto em nível populacional. O IMC é calculado como a razão da massa corporal em quilogramas pelo quadrado da altura em metros. É considerado também um indicador de riscos para a saúde, relacionado a complicações metabólicas, apesar de não medir a composição corporal e apresentar precisão limitada no mapeamento do peso para o risco à saúde, uma vez que a saúde humana é complexa e multidimensional (GUTIN, 2018; DJALALINIA et al., 2015; BRASIL, 2014a).

O entendimento restrito da obesidade como uma doença que também constitui fator de risco para DCNT, considerando o uso do IMC no diagnóstico e na delimitação dos indivíduos

como “doentes” e “não doentes”, pode ter implicações negativas nas medidas propostas para seu enfrentamento (DIAS et al., 2017).

Os custos econômicos atuais da obesidade são estimados em aproximadamente 2,8% do produto interno bruto (PIB) mundial (SWINBURN, et al., 2019). O custo direto da obesidade em adultos para o sistema público de saúde foi estimado em US\$269,6 milhões no Brasil em 2011 (DE OLIVEIRA; SANTOS; DA SILVA, 2015). Esses custos crescentes de saúde, associados ao tratamento da obesidade e comorbidades, motivam a busca por políticas de prevenção e controle, uma vez que essas doenças e suas causas residem em setores que vão para além do setor saúde, representando também um impacto econômico (GÓMEZ, 2017; BRASIL, 2014b; BRASIL, 2013a). Porém, a visão simplificada da obesidade como resultado de uma ingestão alimentar excessiva e a prática de atividade física insuficiente, leva à culpabilização do indivíduo por sua condição, resultando em uma tendência geral de investir em intervenções comportamentais individuais (PERRIARD-ABDOH et al., 2019; LAMARQUE; ORDEN, 2017).

Nesse contexto, o problema social da obesidade, que requer uma resposta política efetiva, é convertido em um problema particular dos indivíduos. Entretanto, os fatores que levam à obesidade estão associados a diversos processos biopsicossociais, em que não apenas o indivíduo e suas escolhas, mas os ambientes político, econômico, social e cultural apresentam papel fundamental na análise do problema e nas propostas de intervenções, motivo pelo qual intervenções individuais no estilo de vida raramente são bem sucedidas e duradouras (BLACKBURN; STATHI, 2019; CAREY et al., 2017; DIAS et al., 2017; BRASIL, 2014b).

Nesse sentido os esforços direcionados à prevenção da obesidade precisam se expandir em direção a políticas que propiciem mudanças sociais e condições ambientais que contribuam para o controle dessa condição. Ações sobre o ambiente implementadas por diversos setores podem criar oportunidades para facilitar a adesão dos indivíduos aos processos terapêuticos além de favorecer a transformação sustentada de práticas saudáveis (MAKOWSKI et al., 2019; DIAS et al., 2017; PUHL; HEUER; 2010; HARVEY et al., 2002).

Ademais, é fundamental a atuação interprofissional no enfrentamento da obesidade, visando a integralidade do cuidado, de forma que o conhecimento das diversas áreas contribua para a compreensão contextualizada e multicausal do processo saúde/doença e possibilite que os profissionais lidem com seus próprios estigmas em relação a pessoa com obesidade (BURLANDY, et al., 2020). Na perspectiva da busca pela integralidade, a APS enfrenta,

portanto, o desafio de transformar a forma de pensar e praticar saúde, que deve superar o modelo assistencial fragmentado (CAVALCANTE et al., 2018; COSTA et al., 2009). Nesse contexto, a ESF centrada no trabalho multiprofissional e atuação em população adscrita, tem sido priorizada para reorganização e ampliação da APS (ALVES et al., 2019).

NASF-AB E ABORDAGEM PROFISSIONAL SOBRE A OBESIDADE

O acesso à saúde como um direito social foi estabelecido a partir da Constituição Federal de 1988, por meio de um sistema público de saúde, que foi consolidado pelas Leis 8.080 e 8.142 de 1990, sendo denominado Sistema Único de Saúde (VIACAVA et al., 2018; CARVALHO, 2013). Suas ações e serviços integram uma rede regionalizada e integralizada, constituindo um sistema unificado, organizado, descentralizado, com direção única em cada esfera de governo (BARROS et al., 2018).

A Lei 8.080/1990 instituiu o SUS apresentando seus princípios e diretrizes, destacando-se a universalidade de acesso em todos os níveis de assistência à saúde; igualdade na assistência, sem quaisquer preconceitos ou privilégios; equidade, buscando tratar diferentemente os diferentes (equidade vertical) e igualmente os iguais (equidade horizontal) de acordo com as necessidades de saúde; integralidade da assistência, compreender o ser humano como um todo e agir na promoção, proteção e recuperação da saúde; participação da comunidade; e descentralização político-administrativa. Já a Lei 8.142, entre outras providências, dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, prevendo as Conferências e os Conselhos de Saúde, ratificando a defesa de participação social proposta pela Reforma Sanitária (VIACAVA et al., 2018; CARVALHO, 2013).

Ao longo dos 30 anos de SUS ocorreram transformações das condições de saúde da população, caracterizadas pela transição demográfica com o envelhecimento populacional, transição epidemiológica com elevação da prevalência de DCNT e diminuição das doenças infecciosas, além da transição nutricional, com reduções nas taxas de desnutrição e aumento acentuado do sobrepeso e obesidade (JAIME et al., 2018; VIACAVA et al., 2018; BRASIL, 2014b). Verifica-se neste contexto a coexistência de dupla carga de problemas, como a desnutrição e a obesidade no caso da transição nutricional, e as doenças infecciosas e DCNT no caso da epidemiológica, requerendo a construção de uma nova visão de produção do cuidado para a população (BRASIL, 2014b).

Nosso sistema de saúde foi historicamente baseado em condições agudas por um longo período, dessa forma apresenta fragilidades para atender às necessidades de indivíduos com

condições crônicas, o que requer modelos de atenção integrados (COCHRANE et al., 2017). Portanto, para atender às demandas desse cenário de transição e oferecer um cuidado qualificado às pessoas com obesidade, a partir de uma equipe multiprofissional preparada para lidar com os múltiplos fatores que contribuem para o desencadeamento dessa condição, é importante superar o modelo de atenção atual. O modelo atual ainda aborda o indivíduo e organiza o cuidado de maneira fragmentada, se mantém centrado na doença e em especial, no atendimento à demanda espontânea e na agudização das doenças crônicas, com ênfase nos aspectos biológicos e na medicalização das doenças, sendo meramente reativo perante a uma determinada situação (CONZ et al., 2020; SOUZA; MEDINA, 2018; BRASIL, 2014b; BRASIL, 2013a).

Para superar a fragmentação da atenção à saúde e aperfeiçoar o funcionamento do SUS, visando assegurar ao usuário o cuidado integral, atualmente preconiza-se o cuidado organizado em modelo de Redes de Atenção à Saúde (RAS) regionalizadas. A adoção de um modelo em rede demanda também a transformação do processo de trabalho das equipes de saúde, exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para a construção de práticas transformadoras frente aos complexos problemas de saúde, como a obesidade. Neste processo organizativo do serviço de saúde propõe-se a definição de linhas de cuidado pautadas na demanda e nas necessidades dos usuários, que integrem os diferentes níveis da Atenção à Saúde (BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2017; DIAS et al., 2017; BRASIL, 2014a; BRASIL, 2014b). Essa proposta de reorganização dos serviços de saúde na perspectiva de rede e de linhas de cuidado estabelece normas e critérios para a construção de fluxos de atendimento, além de definir mecanismos de comunicação e competências de cada ponto de atenção, favorecendo uma abordagem mais integrada e intrassetorial da obesidade (BURLANDY et al., 2020; DIAS et al., 2017).

É primordial para o funcionamento das RAS a compreensão da APS como primeiro nível de atenção, sendo porta de entrada preferencial, ordenadora do cuidado e centro de comunicação entre os demais pontos da rede. Por sua proximidade ao cotidiano de vida das pessoas, a APS apresenta maior potencial para compreender a dinâmica social e os determinantes de saúde de cada território, bem como para realizar a estratificação de riscos que subsidiará a organização do cuidado em toda a rede, podendo contribuir para redução de cuidados especializados desnecessários (BROCARD et al., 2018; BRASIL, 2014a; BRASIL, 2014b; BRASIL, 2013a). Dessa forma, a APS é um local estratégico para desenvolvimento de ações de promoção e de proteção da saúde, prevenção de agravos,

diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde para a maior parte da população (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2013a).

O MS tem apresentado a saúde da família como modelo para organização das práticas da APS e criou o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, hoje denominado Estratégia Saúde da Família, decisivo na estruturação do SUS e na municipalização da saúde. A ESF deve oferecer assistência primária (como exames físicos, medicamentos, informações sobre prevenção e encaminhamentos) em todo o país, priorizando as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família em caráter integral e contínuo. As eSF são compostas por uma equipe mínima com um médico de cuidados primários, um enfermeiro(a), um(a) auxiliar de enfermagem e entre quatro a seis agentes comunitários de saúde, responsáveis por uma população em territórios definidos. Essas equipes podem estar ligadas a uma equipe de Saúde Bucal e a um NASF-AB (BARROS et al., 2018; BROCARDÓ et al., 2018; GÓMEZ, 2015).

O NASF-AB foi criado em 2008 com o objetivo de consolidar e fortalecer o trabalho da ESF, qualificando e tornando mais resolutiva a atuação da APS, uma vez que amplia o escopo de ações desta e o compartilhamento de saberes. É constituído por uma equipe multiprofissional, que segundo diretriz ministerial, deve ser definida mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades do território, do perfil epidemiológico e das condições socioeconômicas da população (assistente social, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional, entre outros) (BROCARDÓ et al., 2018; REIS et al., 2016; GÓMEZ, 2015; BRASIL, 2014c).

Espera-se que a atuação do NASF-AB seja de forma integrada e colaborativa com as eSF, segundo a lógica do apoio matricial, que é proposto como dispositivo para a reorganização do processo de trabalho em saúde, pelo compartilhamento de práticas e saberes em saúde a partir de atividades de natureza técnico-pedagógica e clínico-assistenciais (SCHENKER; COSTA, 2019; SILVA et al., 2019; BROCARDÓ et al., 2018; CARNUT, 2017). Entretanto, diferentes formas de implantação do NASF-AB são identificadas nas diferentes regiões do país, repercutindo nos padrões de desempenho, sendo necessário portanto, avaliar seus processos de trabalho, que são essenciais para a configuração de um modelo assistencial efetivo, de qualidade e integral (BRANDÃO et al., 2020; MICLOS; CALVO; COLUSSI, 2017).

PROCESSOS DE TRABALHO DO NASF-AB E PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

O processo de trabalho em saúde é entendido como um conjunto de ações coordenadas, desenvolvidas pelos trabalhadores, que utilizam saberes e métodos como instrumentos para dar origem a atenção em saúde, tendo como objeto de trabalho indivíduos, famílias e grupos sociais (FONTANA; LACERDA; MACHADO, 2016).

A organização dos processos de trabalho do NASF-AB, com foco no território sob sua responsabilidade, deve ser estruturada priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, educação continuada e responsabilidades mútuas. As práticas de trabalho devem ter como atividades fundamentais o diagnóstico de saúde da comunidade, o planejamento das ações, a complementaridade, a abordagem multi e interprofissional, a referência e contrarreferência, o acompanhamento/avaliação e o controle social (BRASIL, 2009; COSTA et al., 2009).

A expectativa com a implantação do NASF-AB era de que, ao desenvolver um processo de trabalho na perspectiva do apoio matricial, que busca superar a lógica hegemônica do cuidado a partir de mudanças cotidianas nas relações de poder, a APS conseguiria superar os seus desafios e alcançar a integralidade da atenção, fundamental no cuidado ao indivíduo com obesidade. Entretanto, é desafiador introduzir uma nova prática a um processo de trabalho já organizado, o que pode resultar em falta de integração entre as equipes de NAS-AB e ESF (PINTO; NASCIMENTO; NICHIAITA, 2019; NASCIMENTO et al., 2018). A efetividade do NASF-AB é dependente dessa relação de parceria entre as equipes, uma vez que a falta de integração resulta em falhas de comunicação e planejamento de atividades. Consequentemente, há prejuízo na atuação de ambas as equipes na busca da integralidade (ARAUJO NETO et al., 2019; SOUZA; MEDINA, 2018).

Assim, é necessário realizar análise da qualidade do cuidado ofertado, o que demanda a abordagem de outras dimensões do desempenho do sistema de saúde, além do acesso, como a compreensão da dinâmica de funcionamento das equipes NASF-AB na sua interface com as eSF (BROCARDI et al., 2018; NASCIMENTO et al., 2018; VIACAVA et al., 2018). A avaliação do processo de trabalho é importante para compreender as práticas de saúde e desenvolver novas lógicas de trabalho (NASCIMENTO; CORDEIRO, 2019; NORA; JUNGES, 2013).

A prática de avaliar é frequentemente vista como um conceito negativo, a partir da percepção de que a avaliação resulta em ações punitivas e no constrangimento daqueles que não alcançaram determinados resultados. Nesse contexto, o Programa Nacional de Melhoria

do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) procura contribuir para alterar essa concepção, na medida em que utiliza a avaliação como estratégia permanente para a melhoria da qualidade das ações de saúde (BRASIL, 2017). Porém, considerando a complexidade e a relatividade inerentes ao conceito de qualidade, somadas a pluralidade das dimensões (política, econômica, social, tecnológica) e de sujeitos (indivíduos, comunidades, grupos, gestores, usuários e profissionais) envolvidos na construção da APS, é um desafio definir com precisão o que significa uma APS de qualidade (NASCIMENTO et al., 2018; BRASIL, 2017).

Nesse contexto que o PMAQ se destaca como mecanismo de controle da qualidade, por construir um padrão de qualidade comparável nos níveis local, regional e nacional. Nesse caso, a qualidade do processo de trabalho se dá quando a dinâmica deste se aproxima da proposta do MS, ou seja, considerando o grau de atendimento a padrões de qualidade estabelecidos de acordo com as normas, protocolos, princípios e as diretrizes que organizam as ações e as práticas (SEUS et al., 2019; NASCIMENTO et al., 2018; BRASIL, 2017; DE MELLO et al., 2017).

O PMAQ foi instituído pelo MS pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011 como estratégia para indução da ampliação do acesso e melhoria da qualidade da APS, em face das necessidades de saúde da população (CAVALCANTE et al., 2018; SOUZA et al., 2017). O programa busca estabelecer uma cultura de análise, avaliação e intervenção, sendo composto por quatro fases que compõem um ciclo contínuo, sendo elas: Adesão ao programa; Desenvolvimento; Avaliação externa e certificação, com a classificação de desempenho das equipes; e Recontratualização (CHAVES et al., 2018; GARCIA et al., 2018). Monitorar os serviços de saúde de forma contínua, permite seu melhor desenvolvimento e aperfeiçoamento, uma vez que possibilita detectar e corrigir os desvios dos padrões encontrados, subsidiando a tomada de decisão (SEUS et al., 2019).

A Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ) é o instrumento base para a fase de desenvolvimento e foi construído baseado em outras ferramentas de avaliação de serviços de saúde, utilizadas e validadas nacional e internacionalmente, como o MoniQuor, PCATool e Quality Book of Tools (BRASIL, 2017). A autoavaliação é uma ferramenta de gestão estratégica na organização do processo de trabalho e para melhoria da qualidade da atenção à saúde, uma vez que se espera que a partir da identificação de problemas, os sujeitos formulem estratégias de intervenção, avançando na autogestão (GARCIA et al., 2018; MOREIRA; VIEIRA; COSTA, 2016). A AMAQ constitui-se então

como dispositivo de diálogo para identificar com os próprios atores do processo de cuidado as fragilidades e potencialidades do cotidiano da APS (CAVALCANTE et al., 2018; BRASIL, 2017). O instrumento possibilita ainda a caracterização das atividades desenvolvidas de forma conjunta entre equipes NASF-AB e eSF no que diz respeito a gestão, planejamento, avaliação e a assistência em si (BROCARD et al., 2018).

Considerando que a integralidade do cuidado é um dos aspectos importantes da qualidade do atendimento, além dos desafios frente a fragmentação dos processos de trabalho, o despreparo das equipes de saúde para lidar com as dimensões sociais e subjetivas inerentes às práticas de atenção à saúde também pode constituir um desafio para integralidade (BARROS et al., 2018; CHAVES et al., 2018; CARNUT, 2017). Existe então, uma preocupação em relação as crenças e atitudes negativas face à obesidade por parte de profissionais da saúde, visto que podem comprometer a garantia da qualidade do cuidado integral à saúde desses indivíduos, uma vez que podem prejudicar a prática do trabalho, influenciando na abordagem, diagnóstico e na adequação das intervenções. Assim, o estigma de peso deve ser tratado nos processos de qualificação das equipes de saúde de forma a melhorar o serviço (BRASIL, 2013a; TEIXEIRA; PAIS-RIBEIRO; MAIA, 2012; PUHL; HEUER, 2010).

ESTIGMA DA OBESIDADE

O estigma é a identidade atribuída pela sociedade àqueles que não respondem aos padrões e características estabelecidos, sendo rotulados a partir de estereótipos, podendo levar à desvalorização social e resultar em experiências de discriminação (LUCK-SIKORSKI; RIEDEL-HELLER; PHELAN, 2017; PHELAN et al., 2015; MORAES; ALMEIDA; SOUZA, 2013). No campo da saúde pública, há exemplos históricos de estigmas onde a construção social da doença incorporou julgamentos morais sobre as circunstâncias em que foi contraída, influenciando nas respostas coletivas às doenças e nos esforços para impedir a sua progressão. No caso do HIV/ AIDS, as agendas nacionais e internacionais de saúde identificam o estigma e a discriminação como principais barreiras para enfrentar efetivamente a epidemia (PUHL; HEUER, 2010).

A percepção da obesidade como uma condição auto infligida que se encontra sob o controle do indivíduo e que, portanto, está relacionada com responsabilidade pessoal negligente por más escolhas de estilo de vida, dá origem à estereótipos negativos em relação aos indivíduos com obesidade. Os estereótipos difundidos são que esses indivíduos são

preguiçosos, apresentam baixa força de vontade, são malsucedidos, pouco inteligentes, carecem de autodisciplina e têm pouca aderência ao tratamento da perda de peso (COHEN; SHIKORA, 2020; MENSINGER; TYLKA; CALAMARI, 2018; LUCK-SIKORSKI; RIEDEL-HELLER; PHELAN, 2017; TOMIYAMA et al., 2015).

Os estereótipos dão lugar ao estigma, preconceito e discriminação, que podem resultar em ódio corporal, levando a tentativas de perda de peso prejudiciais e inadequadas, maior suscetibilidade a mensagens da mídia, distúrbios alimentares, déficits nutricionais e vida sedentária que, por sua vez, podem levar a maior ganho de peso. Esse ciclo vicioso reforça novamente o risco de exposição à discriminação relacionada ao peso tanto para a saúde física, quanto mental, podendo resultar em casos de depressão (WEAVER; TRAINER, 2017; DJALALINIA et al., 2015; MACLEAN et al., 2009).

Embora a prevalência da obesidade tenha aumentado nos últimos anos, o mesmo ocorre com a prevalência relatada de sua discriminação, que aumentou 66% na última década, sendo agora comparável às taxas de prevalência de discriminação racial na América (ROBSTAD et al., 2019; SIKORSKI et al., 2015; PUHL; HEUER, 2010). Indivíduos com obesidade, particularmente aqueles com obesidade grave, relatam discriminação no dia a dia, sendo percebida nas principais áreas da vida, incluindo crescimento e desenvolvimento, processo educacional, empregabilidade e cuidados de saúde (RUBINO et al., 2020; JACKSON; BEEKEN; WARDLE, 2015; DJALALINIA et al., 2015).

Os serviços de saúde são uma fonte significativa de estigma do peso, o que prejudica a utilização dos cuidados de saúde e a oportunidade de os pacientes com obesidade receberem atendimento eficaz. Alguns indivíduos com essa condição apresentam a percepção de que profissionais de saúde não lhes atribuem importância devido ao seu peso, responsabilizando esta condição por todos os seus problemas médicos, o que os leva esses indivíduos a evitar a busca serviços de saúde. Ademais, há o risco de não ocorrer o encaminhamento necessário desses pacientes e consequentemente outros problemas de saúde podem ficar sem tratamento. Nesse contexto, taxas mais baixas de cuidados de saúde preventivos são registradas entre os indivíduos com obesidade, mesmo após o controle de fatores normalmente associados ao uso reduzido de cuidados de saúde, como menor escolaridade, menor renda e falta de seguro de saúde (DARLING, ATAV, 2019; ALBERGA et al., 2016; MORAES; ALMEIDA; SOUZA, 2013; PUHL; HEUER, 2010).

Comportamentos e atitudes tendenciosas sobre obesidade são encontradas entre médicos, enfermeiros, nutricionistas e outros profissionais da saúde, tendo como exemplo a

superestimação da ingestão calórica real das pessoas com obesidade, além da crença de que o peso é facilmente controlado por meio de decisões no nível individual de se exercitar mais e comer menos (LUCK-SIKORSKI; RIEDEL-HELLER; PHELAN, 2017; MACLEAN et al., 2009).

Ademais, muitos programas de prevenção e estratégias de intervenção para obesidade têm se concentrado no indivíduo como sujeito de mudança, tornando sua a responsabilidade pelos aspectos relacionados a sua condição. Entretanto, descobertas apontam que esse tipo de abordagem apresenta pouco sucesso a longo prazo e podem contribuir para a visão do público em geral sobre controlabilidade da obesidade (SALAS et al., 2017; SIKORSKI et al., 2015; BOMBAK, 2014). O fornecimento de informações aos indivíduos com ênfase na responsabilidade pessoal da obesidade aumenta estereótipos negativos, enquanto informações com ênfase na sua complexa etiologia melhoram atitudes e reduzem os estereótipos (LUCK-SIKORSKI; RIEDEL-HELLER; PHELAN, 2017; MACLEAN et al., 2009).

Determinar objetivamente a ocorrência de discriminação não é um procedimento simples, uma vez que se baseia na interpretação das intenções de terceiros e pode ocorrer sem ser percebida pelo indivíduo discriminado, bem como ser percebida em situações em que não ocorreu. Neste último caso, o estado psicológico pode influenciar a maneira como o indivíduo interpreta o comportamento de outras pessoas (JACKSON; BEEKEN; WARDLE, 2015). Entretanto, é importante a identificação do estigma nos contextos de saúde, para propor ações e a implementação de programas de prevenção da obesidade que busquem reduzi-lo, caso identificado, para que assim os pacientes não sejam prejudicados (RUBINO et al., 2020; MACLEAN et al., 2009; PUHL; HEUER, 2010).

No âmbito da saúde pública os múltiplos fatores que contribuem para o desenvolvimento e a manutenção da obesidade devem ser abordados, reconhecendo que os comportamentos individuais são fortemente moldados pelo ambiente e que muitos contribuintes significativos para a obesidade não são controlados pelos indivíduos (BACKES et al, 2019; ALBERGA et al., 2016). Também são necessárias intervenções que defendam a saúde como principal resultado desejado, no lugar do peso ideal (JACKSON; BEEKEN; WARDLE, 2015).

Outras estratégias que incluem a conscientização de profissionais de saúde sobre os impactos negativos do estigma e estereotipagem são importantes, embora não sejam suficientes para eliminar o problema quando realizada de forma isolada (RUBINO et al., 2020; JACKSON; BEEKEN; WARDLE, 2015). Para alcançar a verdadeira mudança neste

cenário é necessária uma nova narrativa pública da obesidade, o que constitui um desafio, visto que é necessário mudar crenças difundidas na sociedade (RUBINO et al., 2020).

O relacionamento entre profissionais e os pacientes da RAS é fundamental para a assistência adequada e, para uma melhor assistência aos indivíduos com sobrepeso e obesidade. Os profissionais dos serviços de saúde precisam também traçar intervenções de maneira articulada com os demais pontos da rede (PELISOLI et al., 2014).

O acolhimento é uma ferramenta que favorece o vínculo entre a equipe de saúde e a população, segundo uma base ética e de solidariedade, proporcionando cuidado integral e clínica diferenciada, caracterizados pelo reconhecimento do usuário como sujeito, como o participante ativo do processo de produção de saúde. O acolhimento, portanto, não constitui simples prestação de serviço, mas envolve uma relação cidadã e humanizada com escuta qualificada e sua implantação requer mudanças significativas nos processos de trabalho em saúde (BARROS et al., 2018; PELISOLI et al., 2014;).

Apesar dos esforços empreendidos e da proposta deste encontro humanizado parecer estar fundamentada em sólidas bases teóricas e metodológicas, algumas dificuldades têm sido encontradas para que essa prática se torne realidade no SUS, devido ao modelo biológico-médico-hegemônico, pontual, com ênfase nas queixas e que prioriza habilidades técnicas em detrimento do acolhimento. Porém, o encontro eficaz entre profissional e usuário é capaz de estabelecer uma relação de ajuda e mapear as demandas e as expectativas do usuário (PELISOLI et al., 2014).

REFERÊNCIAS

- ALBERGA, A. S. et al. Weight bias reduction in health professionals: a systematic review. **Clinical Obesity**, v. 6, n. 3, p. 175-188, 2016.
- ALVES, K. C. G. et al. Evaluation of the primary care for chronic diseases in the high coverage context of the Family Health Strategy. **BMC health services research**, v. 19, n. 1, p. 1-15, 2019.
- ARAÚJO NETO, J. D. et al. Aspectos restritivos à integralidade nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: o olhar dos stakeholders. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, p. e280417, 2019.
- BACKES, V. et al. Food environment, income and obesity: a multilevel analysis of a reality of women in Southern Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 8, 2019.
- BARROS, M. M. A. F. et al. Acolhimento em unidade de atenção primária à saúde: potencialidades e desafios. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v.17, n.2, 2018.
- BISPO JÚNIOR, J. P.; MOREIRA, D. C. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00108116, 2017.
- BLACKBURN, M.; STATHI, A. Moral discourse in general practitioners' accounts of obesity communication. **Social Science & Medicine**, v. 230, p.166-173, 2019.
- BOMBAK, A. E. The contribution of applied social sciences to obesity stigma-related public health approaches. **Journal of obesity**, 2014.
- BRANDÃO, A. L. et al. Estrutura e adequação dos processos de trabalhos no cuidado à obesidade na Atenção Básica brasileira. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 678-693, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. 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/Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 116 p.: il. – (Série Técnica Redes Integradas de Atenção à Saúde, v. 10)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 28 p.: il.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 160 p.: il. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica; n. 27)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Brasília, 2014a. 212 p. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 38)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília, 2014c. 116 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 137.: il

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. 164 p.: il.

BROCARD, D. et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 130-144, 2018.

BURLANDY, L. et al. Modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00093419, 2020..

CAREY, G. et al. Can the sociology of social problems help us to understand and manage ‘lifestyle drift’? **Health promotion international**, v. 32, n. 4, p. 755-761, 2017.

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 1177-1186, 2017.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estud. Av.**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013.

CAVALCANTE, A. S. P. et al. Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica em município do interior do Ceará. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 21, n. 1, 2018.

CHAVES, L. A. et al. Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00201515, 2018.

CHOOI, Y.C.; DING, C.; MAGKOS, F. The epidemiology of obesity. **Metabolism**, v. 92, p.6–10, 2019.

COCHRANE, A. J. et al. Developing dimensions for a multicomponente multidisciplinary approach to obesity management: a qualitative study. **BMC Public Health**, v. 17, n. 1, p. 814, 2017.

COHEN, R.; SHIKORA, S. Fighting Weight Bias and Obesity Stigma: a Call for Action. **Obesity Surgery**, p. 1-2, 2020.

CONZ, C. A. et al. O cuidado experienciado por pessoas com obesidade mórbida nos Serviços Públicos de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, 2020.

COSTA, G. D., et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.62, n.1, p.113-118, 2009.

DARLING, R. ; ATAV, A. S. Attitudes toward obese people: a comparative study of nursing, education, and social work students. **Journal of Professional Nursing**, v. 35, n. 2, p. 138-146, 2019.

- DE MELLO, L. de A. F. et al. Evaluation of primary health care units in the Rio De Janeiro City according to the results of PMAQ 2012. **The Journal of ambulatory care management**, v. 40, n. 2 Suppl, p. S71, 2017.
- DE OLIVEIRA, M. L.; SANTOS, L. M. P.; DA SILVA, E. N. Direct healthcare cost of obesity in Brazil: an application of the cost-of-illness method from the perspective of the public health system in 2011. **PloS one**, v. 10, n. 4, p. e0121160, 2015.
- DIAS, P. C. et al. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00006016, 2017.
- DJALALINIA, S. et al. Health impacts of obesity. **Pakistan Journal of Medical Sciences**, v. 31, n. 1, p. 239, 2015.
- FONTANA, K. C.; LACERDA, J. T.; MACHADO, P. M. O. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 64-80, 2016.
- GARCIA, A. C. P. et al. Melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica: perspectiva dos Agentes Comunitários de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 606-617, 2018.
- GÓMEZ, E. J. Contextualizing obesity and diabetes policy: exploring a nested statistical and constructivist approach at the cross-national and subnational government level in the United States and Brazil. **International Journal of Health Policy and Management**, v. 6, n. 11, p. 639, 2017.
- GUTIN, I. In BMI we trust: Reframing the body mass index as a measure of health. **Social Theory & Health**, v. 16, n. 3, p. 256-271, 2018.
- JACKSON, S. E.; BEEKEN, R. J.; WARDLE, J. Obesity, perceived weight discrimination, and psychological well-being in older adults in England. **Obesity**, v. 23, n. 5, p. 1105-1111, 2015.
- JAIME, P. C. et al. Um olhar sobre a agenda de alimentação e nutrição nos trinta anos do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1829-1836, 2018.
- LAMARQUE, M.; ORDEN, A. B. Preventing childhood obesity: Contributions from the social sciences to intervention. **Archivos argentinos de pediatría**, v. 115, n. 2, p. 169-174, 2017.
- LUCK-SIKORSKI, C.; RIEDEL-HELLER, S. G.; PHELAN, J. C. Changing attitudes towards obesity—results from a survey experiment. **BMC Public Health**, v. 17, n. 1, p. 373, 2017.
- MACLEAN, L. et al. Obesity, stigma and public health planning. **Health promotion international**, v. 24, n. 1, p. 88-93, 2009.
- MENSINGER, J. L.; TYLKA, T. L.; CALAMARI, M. E. Mechanisms underlying weight status and healthcare avoidance in women: a study of weight stigma, body-related shame and guilt, and healthcare stress. **Body Image**, v.25, p.139-147, 2018.
- MICLOS, P. V.; CALVO, M. C. M.; COLUSSI, C. F. Avaliação do desempenho das ações e resultados em saúde da atenção básica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p. 86, 2017.
- MORAES, A. L.; ALMEIDA, E. C.; SOUZA, L. B. Percepções de obesos deprimidos sobre os fatores envolvidos na manutenção da sua obesidade: investigação numa unidade do Programa Saúde da Família no município do Rio de Janeiro. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 553-572, 2013.

- MOREIRA, K. S.; VIEIRA, M. A.; COSTA, Simone de Melo. Qualidade da atenção básica: avaliação das equipes de saúde da família. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 117-127, 2016.
- NASCIMENTO, A. G.; CORDEIRO, J. C. Núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica: análise do processo de trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, n. 2, 2019.
- NASCIMENTO, C. M. B. et al. Configurações do processo de trabalho em núcleos de apoio à saúde da família e o cuidado integral. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 3, p. 1135-1156, 2018.
- NORA, C. R. D.; JUNGES, J. R. Humanization policy in primary health care: a systematic review. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, p. 1186-1200, 2013.
- PELISOLI, C. et al. Acolhimento em saúde: uma revisão sistemática em periódicos brasileiros. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 31, n. 2, p. 225-235, 2014.
- PERRIARD-ABDOH, S. et al. Psychological perspectives on obesity: addressing policy, practice and research priorities. **British Psychological Society**, 2019.
- PHELAN, S. M., et al. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. **Obesity Reviews**, v.16, n.4, p.319-326, 2015.
- PINTO, A. R.; NASCIMENTO, D. D. G.; NICHATA, L. Y. I. Desempenho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família na avaliação do PMAQ-AB. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, 2019.
- PUHL, R. M.; HEUER, C. A. Obesity stigma: important considerations for public health. **American Journal of Public Health**, v. 100, n. 6, p. 1019-1028, 2010.
- REIS, M. L. et al. Evaluation of the multiprofessional work of the family health support center (NASF). **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 25, n. 1, 2016.
- ROBSTAD, N., et al. Intensive care nurses' implicit and explicit attitudes and their behavioural intentions towards obese intensive care patients. **Journal of Advanced Nursing**, 2019, 75.12: 3631-3642.
- RUBINO, F. et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. **Nature Medicine**, p. 1-13, 2020.
- SALAS, Ximena Ramos et al. A critical analysis of obesity prevention policies and strategies. **Canadian Journal of Public Health**, v. 108, n. 5-6, p. e598-e608, 2017.
- SCHENKER, M.; COSTA, D. H. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 1369-1380, 2019.
- SEUS, T. L. et al. Estrutura para o trabalho e composição de equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: pesquisa nacional-Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 28, p. e2018510, 2020.
- SIKORSKI, C. et al. Weight stigma “gets under the skin” — evidence for an adapted psychological mediation framework— a systematic review. **Obesity**, v.23, n.2, p. 266-276, 2015.
- SILVA, I. C. B. et al. O processo de trabalho do núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, n. 1, 2019.
- SOUZA, T. S.; MEDINA, M. G. Nasf: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS? **Saúde em Debate**, v. 42, p. 145-158, 2018.

SWINBURN, B. A. et al. The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: The Lancet Commission report. **The Lancet**, v. 393, n. 10173, p. 791-846, 2019.

TEIXEIRA, F. V.; PAIS-RIBEIRO, J. L.; DA COSTA MAIA, Â. 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.

TOMIYAMA, A. J., et al. Weight bias in 2001 versus 2013: contradictory attitudes among obesity researchers and health professionals. **Obesity**, v.23, n.1, p.46-53, 2015.

VIACAVA, F. et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & saúde coletiva**, v. 23, p. 1751-1762, 2018.

WEAVER, L. J., TRAINER, S. Shame, Blame, and Status Incongruity: Health and Stigma in Rural Brazil and the Urban United Arab Emirates. **Culture, Medicine, and Psychiatry**, v.41, n.3, p.319–340, 2017.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade da assistência ao indivíduo com sobrepeso ou obesidade na APS em municípios de Minas Gerais, a partir da análise dos processos de trabalho e do estigma de peso por profissionais do NASF-AB.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Realizar adaptação do instrumento Autoavaliação Para Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ) para avaliar os processos de trabalho especificamente relacionados aos indivíduos com sobrepeso ou obesidade (Artigo 1).

Classificar a organização dos processos de trabalho e atenção integral à saúde do indivíduo com sobrepeso ou obesidade das equipes do NASF-AB de municípios participantes do projeto RENOB-MG (Artigo 1).

Investigar a possível associação do score da qualidade da organização dos processos de trabalho e atenção integral à saúde do indivíduo com sobrepeso ou obesidade das equipes do NASF-AB de municípios mineiros, com variáveis de saúde, demográficas e socioeconômicas dos mesmos (Artigo 2).

Realizar a adaptação transcultural do instrumento de análise do estigma de peso (Artigo 2).

Analisar as crenças dos profissionais de saúde da APS de Minas Gerais relacionadas ao estigma sobre as pessoas com obesidade (Artigo 2).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo seccional, avaliativo e exploratório realizado com profissionais de saúde de 62 municípios de Minas Gerais, participantes do projeto Rede para o Enfrentamento da Obesidade em Minas Gerais (RENOB-MG), que voluntariamente aderiram ao projeto a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 3).

Este projeto contemplou municípios situados nas localidades de 04 Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) no estado de Minas Gerais, sendo elas: Universidade Federal de Viçosa (UFV, campus Viçosa), Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG), Universidade Federal de Lavras (UFLA) e Universidade Federal de Uberlândia (UFU), de acordo com o apresentado no Quadro 1. As áreas foram selecionadas desse modo buscando facilitar a integração entre IFES e os municípios, bem como a maior agilidade no desenvolvimento do projeto. Participaram do projeto nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, farmacêuticos, fonoaudiólogos, profissionais de educação física, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais.

Quadro 1 – Municípios contemplados pelo projeto RENO-MG

IFES responsável	Municípios
Universidade Federal de Viçosa (UFV)	Alvinópolis; Brás Pires; Cajuri; Canaã; Divinésia; Jequeri; Manhuaçu; Muriaé; Paula Cândido; Pedra do Anta; Ponte Nova; Raul Soares; Rio Doce; Santo Antônio do Grama; São Geraldo; Teixeiras; Ubá; Viçosa; Visconde do Rio Branco.
Universidade Federal de Uberlândia (UFU)	Uberlândia
Universidade Federal de Lavras (UFLA)	Boa Esperança; Carrancas; Carvalhos; Caxambu; Cordislândia; Cristina; Elói Mendes; Ingaí; Itamonte; Lambari; Lavras; Pouso Alto; Santana da

	Vargem; São Bento Abade; São Sebastião do Rio Verde; Seritinga; Três Corações; Varginha.
Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG)	Alfenas; Arceburgo; Areado; Bandeira do Sul; Botelhos; Cabo Verde; Campestre; Campo do Meio; Campos Gerais; Carmo do Rio Claro; Carvalhópolis; Conceição da Aparecida; Divisa Nova; Guaranésia; Guaxupé; Juruaia; Machado; Monte Belo; Muzambinho; Nova Resende; Paraguaçu; São Pedro da União; Serrania.

Fonte: Adaptado do Projeto RENOB-MG, 2018.

O convite aos municípios participantes foi realizado com o apoio da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e cada município teve a possibilidade de indicar profissionais de saúde e gestores para participarem das atividades do RENOB-MG. O curso de formação para os profissionais de saúde oferecido pelo projeto, consistiu em oficinas presenciais práticas e atividades teórico-práticas em ambiente virtual, contando com 4 encontros presenciais de 8 horas cada, para acompanhamento das atividades de ensino a distância. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa (CEP/UFV, parecer nº 3445194/2019).

O estudo foi constituído por duas etapas, sendo que a primeira avaliou a organização dos processos de trabalho do NASF-AB para o cuidado ao indivíduo com sobrepeso ou obesidade, tendo como amostra 44 profissionais da saúde dos municípios situados na localidade de Viçosa (Quadro 1). Para essa etapa utilizou-se questionário autoaplicável adaptado de ferramenta do MS. A segunda etapa analisou as crenças dos profissionais de saúde relacionadas ao estigma sobre as pessoas com obesidade, cuja amostra foi composta por 126 indivíduos dos municípios nas localidades das quatro instituições de ensino (Quadro 1).

Os questionários foram aplicados durante os encontros presenciais do RENOB-MG destinado a formação dos profissionais da saúde. Para os participantes dos municípios situados na localidade da UFV, foram aplicados, em uma única ocasião, ambos os questionários. Para os demais municípios, foi aplicado o questionário referente ao estigma, no primeiro encontro presencial dos profissionais de saúde do projeto RENOB-MG. Os dados dos questionários aplicados foram analisados separadamente, resultando em dois artigos originais.

AVALIAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DO NASF PARA O CUIDADO DE INDIVÍDUOS COM SOBREPESO OU OBESIDADE

A avaliação da organização do processo de trabalho do NASF-AB para o cuidado de indivíduos com sobrepeso ou obesidade no âmbito do NASF-AB foi realizada a partir da ferramenta do Ministério da Saúde, denominada Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade – Núcleos De Apoio à Saúde da Família (AMAQ-NASF) (BRASIL, 2013), que foi adaptada pela equipe de trabalho desta pesquisa (APÊNDICE 1). Os instrumentos originais são agrupados em duas unidades de análise – gestão e equipes – considerando as competências dos atores nesses âmbitos. A unidade de análise gestão não foi considerada para avaliação, visto que os profissionais não necessariamente ocupam cargos de gestão, não tendo a mesma autonomia que os atores competentes deste âmbito para realizar as mudanças necessárias. Pretendeu-se priorizar a avaliação de questões sobre as quais os profissionais que compõem as equipes do NASF-AB apresentam maior autonomia.

A ferramenta AMAQ-NASF adaptada foi estruturada como apresentado no Quadro 2.

Quadro 2: Estrutura da ferramenta AMAQ-NASF adaptada para atendimento ao indivíduo com sobrepeso ou obesidade

Unidade de Análise	Dimensão	Subdimensão
Equipe NASF	Organização do Processo de Trabalho e Atenção Integral do NASF para o cuidado de indivíduos com sobrepeso ou obesidade	E – Organização do Processo de Trabalho do NASF para o cuidado de indivíduos com sobrepeso ou obesidade
		F – Atenção Integral à Saúde

Fonte: Adaptado BRASIL, 2013.

A ferramenta adaptada foi composta por 45 itens da dimensão, divididos em duas subdimensões, cada item constituído pela descrição do padrão de qualidade, ou seja, uma afirmação acerca da qualidade esperada, acompanhada do detalhamento dessa afirmação. Esses padrões de qualidade foram adaptados de forma a preservar a estrutura do seu conteúdo original e direcionar a avaliação especificamente para o cuidado ao indivíduo com sobrepeso ou obesidade.

Cada item foi pontuado de forma independente pelos respondentes em uma escala de 0 a 10, do tipo não comparativa, assinalando uma pontuação da escala que melhor representou o grau de adequação de suas práticas em relação aos padrões de qualidade descritos no instrumento. Considerou-se que o ponto 0 (zero) indicava o não cumprimento ao padrão, numa escala crescente em relação à qualidade desejada na qual 10 representava a total adequação (BRASIL, 2013).

Esse tipo de escala, que apresenta muitas categorias, é indicado em instrumentos cujos respondentes apresentem alguma apropriação sobre os temas abordados (BRASIL, 2013).

A partir do preenchimento do instrumento, a dimensão e cada subdimensão foram classificadas conforme proposto por Brasil (2013) a partir de cinco categorias: muito insatisfatório, insatisfatório, regular, satisfatório e muito satisfatório, considerando a média das respostas por município. A classificação quanto ao seu nível de qualidade foi realizada a partir do cálculo dos percentuais de pontos conquistados em relação ao total de pontos possíveis, conforme a distribuição apresentada no Quadro 3.

Quadro 3: Percentual das subdimensões em categorias

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 19	20 a 39	40 a 59	60 a 79	80 a 100

Fonte: BRASIL, 2013.

Após essa etapa, foram coletadas variáveis dos municípios, à saber: Prevalência de Excesso de Peso; Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM); Cobertura da Estratégia de Saúde da Família; Tamanho do Município, classificado a partir da população estimada em pequeno (< 49.999 habitantes), médio (entre 50.000 e 99.999 habitantes) e grande (> 100.000 habitantes); Taxa de mortalidade por doenças endócrinas e metabólicas e Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, de acordo com a classificação do

Código Internacional de Doenças (CID-10), que abrangem as comorbidades da obesidade; Densidade demográfica e Produto Interno Bruto (PIB) per capita.

Os dados foram coletados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), considerando 2019 como ano de referência para coleta dos dados. A densidade demográfica e o IDHM são referentes a 2010. As taxas de mortalidade foram calculadas com dados do SIM (óbitos) e do IBGE (população estimada).

A associação dessas variáveis foi testada posteriormente com os escores obtidos na ferramenta, a partir da avaliação dos profissionais de saúde.

AValiação DO ESTIGMA DE PESO

Para avaliar o estigma de peso pelos profissionais de saúde foi utilizado o questionário do estudo de Harvey et al (2002) adaptado transculturalmente (APÊNDICE 2) segundo a proposta do Guia AAOS/IWH (Beaton et al., 2002) com adaptações. A primeira etapa da adaptação consistiu na tradução do instrumento na versão original em inglês para o português, realizada por dois tradutores originais do Brasil, de forma independente, sendo um desses especialista no assunto. A segunda etapa foi realizada com o auxílio de um terceiro, para realizar a síntese dos documentos traduzidos anteriormente junto com os tradutores, objetivando a discussão de discrepâncias. Na terceira etapa o instrumento traduzido foi enviado para retradução por tradutor de origem americana. O instrumento final em português passou então por uma revisão para avaliar a adequação com o documento original e aprovação.

O questionário é composto por 3 seções. A primeira é relativa aos dados sociodemográficos (sexo, idade, profissão de saúde e cidade de trabalho, tempo na profissão atual e peso e altura autorreferidos). A segunda seção é relativa às crenças sobre as causas da obesidade, composto por 10 afirmativas abordando causas biológicas, comportamentais e ambientais, onde o respondente assinalou, após cada fator listado, o quanto ele o considera importante para determinar se a pessoa apresentará obesidade ou não, numa escala de 1 a 6, considerando o 1 como não importante e o 6 como extremamente importante.

A seção três é relativa as crenças sobre as pessoas com obesidade, sendo composta por 31 afirmativas, onde o respondente assinalou, após cada uma, o quanto ele concorda ou

discorda, numa escala de 1 a 6, considerando 1 como discordo fortemente e 6 concordo fortemente.

ANÁLISES ESTATÍSTICAS

Os dados de ambos os questionários foram compilados em um banco de dados no *software* Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 23.0. e em todas as análises, o nível de significância adotado foi de 5% ($\alpha = 0.05$).

Os dados obtidos a partir da ferramenta para avaliação da organização do processo de trabalho do NASF-AB para o cuidado a indivíduos com sobrepeso ou obesidade, foram analisados por meio de estatística descritiva, utilizando valores média, desvio-padrão (DP), valores mínimo e máximo. Para testar associações entre os escores obtidos nas subdimensões da ferramenta, o escore total e variáveis dos municípios, foram utilizados modelos de Equações de Estimativa Generalizadas (GEE). Na análise bivariada, foram testadas as associações dos escores com todas as variáveis. Para seleção das variáveis do modelo ajustado foi utilizado um procedimento regressivo, no qual a variável que menos contribuiu (maior valor de p) foi retirada do modelo bruto. Tal processo foi repetido de maneira que permaneceram no modelo final apenas aquelas significativas ($p \leq 0.05$).

Os dados obtidos a partir do questionário para avaliação da presença de estigma de peso entre os profissionais da saúde, foram analisados por meio de estatística descritiva, utilizando frequências absolutas e relativas. O teste qui-quadrado de Pearson e teste exato de Fisher foram utilizados para testar a associação entre o estigma de peso e o IMC dos participantes do estudo. Para isso, os profissionais foram classificados em dois grupos: com excesso de peso ($\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$) e sem excesso de peso ($\text{IMC} < 25 \text{ kg/m}^2$), de acordo com a classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000).

ASPECTOS ÉTICOS

Quanto aos aspectos éticos, o projeto que deu origem ao estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa (CEP/UFV, parecer nº 3445194/2019) e os respondentes preencheram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

ARTIGO ORIGINAL 1: Qualidade do cuidado a indivíduos com excesso de peso na perspectiva dos processos de trabalho do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)

Resumo

O aumento da prevalência global de obesidade desafia os sistemas de saúde, interpelando para a reorganização nos processos de trabalho dos profissionais de saúde. O estudo teve como objetivo avaliar a organização dos processos de trabalho no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) para o cuidado ao indivíduo com excesso de peso em Minas Gerais, Brasil e sua associação com variáveis de saúde, demográficas e socioeconômicas do município. Trata-se de um estudo transversal, em que 44 profissionais de saúde do NASF-AB responderam a um questionário estruturado, autoaplicável organizado em uma dimensão, com duas subdimensões. Os participantes pontuaram cada item em uma escala de 0 a 10, de acordo com o grau de adequação de suas práticas em relação aos padrões descritos, resultando em uma classificação final para dimensão e cada subdimensão. Os dados foram compilados utilizando o *software* Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 23.0 e analisados por meio de estatística descritiva, utilizando média, desvio-padrão (DP), valores mínimo e máximo. Para testar associações entre os escores obtidos na ferramenta e variáveis explicativas, foram utilizados modelos de Equações de Estimativa Generalizadas (GEE). Todos os municípios obtiveram classificação de regular a muito satisfatório na subdimensão Organização dos Processos de Trabalho do NASF-AB para o Cuidado a Indivíduos com Sobrepeso ou Obesidade, na subdimensão Atenção Integral e considerando a dimensão. No modelo bruto de GEE, o escore da subdimensão atenção integral e escore total associaram-se com o tamanho dos municípios. Após ajuste, o escore do processo de trabalho foi inversamente associado à prevalência de excesso de peso ($p=0,016$) e positivamente à cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ($p<0,001$) e PIB per capita ($p=0,015$). O escore da subdimensão Atenção Integral foi associado ao tamanho do município ($p<0,001$) e à taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório ($<0,001$). O escore total, associou-se com o tamanho do município ($p<0,001$) e à cobertura da ESF ($p<0,001$). Os municípios participantes do estudo apresentaram qualidade de regular a muito satisfatória quanto aos processos de trabalho do NASF-AB para o cuidado ao indivíduo com sobrepeso ou obesidade,

apesar de fragilidades quanto a questões como coordenação do cuidado e apoio matricial. Pode-se inferir que há possibilidade dos efeitos do trabalho do NASF-AB serem observados em variáveis de saúde, sociodemográficas e econômicas do município.

Palavras-Chave: Obesidade, PMAQ-AB, Atenção Primária à Saúde, Atenção Integral, SUS.

Introdução

O aumento global da prevalência da obesidade tem sido relatado nas últimas décadas. No Brasil, a porcentagem de indivíduos com obesidade aumentou de 11,8 em 2006, para 20,3 em 2019. Esse aumento tem desafiado os sistemas de saúde, visto que essa condição é um importante fator de risco para diversas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), incluindo diabetes, doenças cardiovasculares e câncer. Com a disseminação mundial da Síndrome Respiratória Aguda Grave Coronavírus 2 (SARS-CoV-2), a obesidade também surgiu como importante determinante da forma grave da doença coronavírus 2019 (COVID-19), exigindo dos governantes respostas resolutivas em seu controle (STEFAN; BIRKENFELD; SCHULZE, 2021; BRASIL, 2020; SEMLITSCH et al., 2019).

Apesar da existência de diversas diretrizes nacionais e internacionais direcionadas ao manejo da obesidade, bem como publicações que visam orientar a população e os profissionais da saúde para o seu monitoramento, nenhum país forneceu evidências convincentes de reversão de sua epidemia (SEMLITSCH et al., 2019; COCHRANE et al., 2017).

Nesse contexto, é importante considerar outros fatores que contribuem para que a redução da prevalência da obesidade ainda não tenha sido alcançada, entre os quais a forma em que os serviços têm se organizado para atender a essa demanda. Os múltiplos fatores que contribuem para o desencadeamento da obesidade requerem intervenções políticas e estratégias de saúde que envolvam um cuidado qualificado às pessoas com obesidade, proporcionado por equipe multiprofissional preparada (CONZ et al., 2020).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é um espaço estratégico para o cuidado da obesidade por possuir alta capilaridade e maior proximidade dos indivíduos e famílias em seu contexto social (BRANDÃO et al., 2020). Ademais, segue a proposta da abordagem multiprofissional, fator-chave no enfrentamento da obesidade, a partir do trabalho desenvolvido pelas Equipes de Saúde da Família (eSF), com o apoio das equipes do Núcleo

de Apoio à Saúde da Família (NASF), atualmente denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) no Brasil (SEMLITSCH et al., 2019; VENDRUSCOLO et al., 2019; BARROS et al., 2015).

O NASF foi criado em 2008 pelo Ministério da Saúde no Brasil com o objetivo de fortalecer e ampliar as ações desenvolvidas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), a partir da corresponsabilização que acontece por meio do apoio matricial, que por sua vez tem sido apontado como um dispositivo para reorganização do processo de trabalho em saúde (SILVA et al., 2019; NAKAMURA; LEITE, 2016).

Entretanto, ainda são identificadas diferentes formas de implantação e operacionalização do NASF-AB, que repercutem nos padrões de desempenho da APS e resultam em diferenças em cada região do país (BROCARDÓ et al., 2018; MICLOS; CALVO; COLUSSI, 2017). Ademais, mudanças na política de financiamento da APS, especialmente nos últimos anos, alteram a estrutura de organização da política de saúde e podem constituir uma ameaça à manutenção dos NASF-AB e risco de desmonte (MOREIRA et al., 2020). É importante garantir que as mudanças não comprometam os avanços alcançados até o momento.

É possível reconhecer a potencialidade do NASF-AB na resolução e qualificação da APS e os avanços obtidos na sua cobertura, que são essenciais para responder de forma qualificada as complexas demandas da APS, como a obesidade. Nesse contexto, se faz necessário avaliar a organização dos processos de trabalho no serviço de saúde, para o avanço na integralidade da atenção aos grupos e indivíduos com sobrepeso e obesidade (BROCARDÓ et al., 2018; NASCIMENTO et al., 2018; MOREIRA; VIEIRA; COSTA, 2016; BRASIL, 2014b). A avaliação deste processo poderá fornecer subsídios para a reorientação de ações e serviços, bem como dar suporte à tomada de decisão e mensurar impactos futuros das ações sobre o estado de saúde da população (MICLOS; CALVO; COLUSSI, 2017).

Assim, esse estudo teve como objetivo avaliar a qualidade da organização dos processos de trabalho no NASF-AB para o cuidado ao indivíduo com obesidade em municípios de Minas Gerais (MG), Brasil, bem como sua associação com variáveis de saúde, demográficas e socioeconômicas dos municípios.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, no qual o cenário da pesquisa foi constituído por 16 municípios mineiros integrantes do projeto Rede para Enfrentamento da Obesidade em Minas

Gerais (RENOB-MG), que apresenta como objetivo o desenvolvimento de ações de diagnóstico, formação, gestão, avaliação e monitoramento para proporcionar a construção da rede de atenção nutricional para controle da obesidade em Minas Gerais.

Os municípios foram convidados a participar do RENO-MG com o apoio da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e cada um deles teve a possibilidade de indicar profissionais de saúde para participarem das atividades do projeto, que consistiam em oficinas presenciais práticas e atividades teórico-práticas em ambiente virtual, organizadas em módulos temáticos, contando com quatro encontros presenciais previamente agendados.

Para avaliar a qualidade da organização do processo de trabalho para o atendimento a indivíduos com sobrepeso ou obesidade no âmbito do NASF-AB, utilizou-se um questionário estruturado, adaptado a partir da ferramenta do Ministério da Saúde denominada Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade – Núcleos de Apoio à Saúde da Família (AMAQ-NASF) (BRASIL, 2013), do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da AB – PMAQ-AB. A ferramenta adaptada é composta por 45 itens, cada um constituído pela descrição do padrão de qualidade esperado. Esses padrões de qualidade foram adaptados neste estudo de forma a preservar a estrutura do seu conteúdo original e direcionar a avaliação especificamente para o cuidado ao indivíduo com sobrepeso ou obesidade.

Os itens da ferramenta adaptada foram distribuídos em duas subdimensões, sendo elas Organização do Processo de Trabalho do NASF para o Cuidado de Indivíduos com Sobrepeso ou Obesidade e Atenção Integral à Saúde, que abordavam informações sobre a organização das atividades de trabalho cotidianas, atividades relacionadas ao matriciamento e ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação.

Trata-se de uma ferramenta autoaplicável que foi respondida por 44 indivíduos presentes no primeiro encontro presencial do RENO-MG, realizado na Universidade Federal de Viçosa. Esses profissionais eram representantes de 16 municípios da macrorregião de Viçosa participantes do projeto, a saber: Alvinópolis; Brás Pires; Cajuri; Divinésia; Jequeri; Manhuaçu; Muriaé; Paula Cândido; Pedra do Anta; Ponte Nova; Santo Antônio do Grama; São Geraldo; Teixeira; Ubá; Viçosa e Visconde do Rio Branco. Os respondentes pontuaram cada item da ferramenta, de forma independente, em uma escala de 0 a 10, de acordo com o grau de adequação de suas práticas em relação aos padrões de qualidade descritos na ferramenta. A pontuação zero indica o não cumprimento ao padrão, numa escala crescente em relação à qualidade desejada, na qual dez representa a total adequação (BRASIL, 2013).

A partir do preenchimento da ferramenta, foi calculada a média de resposta por item. Em seguida cada subdimensão, de cada município, foi classificada conforme proposto por Brasil (2013) a partir de cinco categorias de acordo com o seu nível de qualidade: muito insatisfatório (0 a 19,99%), insatisfatório (20 a 39,99%), regular (40 a 59,99%), satisfatório (60 a 79,99%), e muito satisfatório (80 a 100%), considerando os percentuais de pontos conquistados em relação ao total de pontos possíveis. Foi calculado também o escore total das duas subdimensões, que juntas compõem a dimensão.

Os dados foram compilados em um banco de dados no *software* Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 23.0. e analisados por meio de estatística descritiva, utilizando valores média, desvio-padrão (DP), valores mínimo e máximo.

Para testar associações entre os escores obtidos nas subdimensões, o escore total e variáveis do município, foram utilizados modelos de Equações de Estimativa Generalizadas (GEE), que avalia a relação entre a variável resposta e as variáveis preditoras em um contexto populacional. As seguintes variáveis foram incluídas: Prevalência de Excesso de Peso; Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM); Cobertura da Estratégia de Saúde da Família; Tamanho do Município, classificado a partir da população estimada em pequeno (< 49.999 habitantes), médio (entre 50.000 e 99.999 habitantes) e grande (> 100.000 habitantes); Taxa de mortalidade por doenças endócrinas e metabólicas e Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, de acordo com a classificação do Código Internacional de Doenças (CID-10), que abrangem as comorbidades da obesidade; Densidade demográfica e Produto Interno Bruto (PIB) per capita.

Os dados foram oriundos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), considerando 2019 como ano de referência para coleta dos dados. A densidade demográfica e o IDHM são referentes a 2010. As taxas de mortalidade foram calculadas com dados do SIM (óbitos) e do IBGE (população estimada).

Na análise bivariada, foram testadas as associações dos escores com todas as variáveis. Para seleção das variáveis do modelo ajustado foi utilizado um procedimento regressivo, no qual a variável que menos contribuiu (maior valor de p) foi retirada do modelo bruto. Tal processo foi repetido de maneira que permaneceram no modelo final apenas aquelas significativas ($p \leq 0.05$). Todos os testes consideraram o nível de significância estatística $p < 0,05$.

Quanto aos aspectos éticos, o projeto que deu origem ao estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa (CEP/UFV, parecer nº 3445194/2019) e os respondentes preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Os profissionais da saúde do NASF-AB participantes deste estudo eram, em sua maioria, profissionais da Nutrição (n=16, 36,4%) e da Educação Física (n=10, 22,7%). Os demais (n=18, 40,9%) eram Psicólogos, Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionais, Assistentes Sociais e Farmacêuticos. Destes, 81,8% eram mulheres.

Quanto a subdimensão Organização do Processo de Trabalho do NASF para o Cuidado de Indivíduos com Sobrepeso ou Obesidade, 56,3% (n=9) dos municípios alcançou o nível de qualidade satisfatório, seguido de 37,5% (n=6) em nível regular e 6,3% (n=1) muito satisfatório. Quanto a subdimensão Atenção Integral à Saúde, 68,8% (n=11) dos municípios foi classificada como nível satisfatório, seguido de muito satisfatório (n=3, 18,8%) e regular (n=2, 12,5%). Já ao considerar o escore total, a maior parte dos municípios foi classificada em satisfatório (n=10, 62,5%), seguido de regular e muito satisfatório, que obtiveram mesmo percentual de resposta (n=3, 18,8%) (Tabela 1 material suplementar).

As médias dos 24 itens abordados na subdimensão Organização do Processo de Trabalho do NASF para o Cuidado de Indivíduos com Sobrepeso ou Obesidade variaram de 4,11 a 8,64, sendo que seis itens (25%) obtiveram média acima de oito. A pontuação elevada nesses itens sugere boa implementação do apoio matricial, por se tratar de mecanismos para facilitar a comunicação entre NASF-AB e as eSF, reunião periódica realizada entre eles e o apoio do NASF-AB às equipes vinculadas para o desenvolvimento de ações. Apesar disso, a avaliação dos profissionais revelou que a dedicação de um período desses para discussões dos casos de obesidade é baixa, com média de 4,11 (Tabela 1).

Ademais, outros itens que também abordam questões relacionadas ao matriciamento obtiveram média abaixo de seis, como aquele que aborda a organização da agenda do NASF-AB contemplando a atuação junto às equipes vinculadas. Itens que abordam ações integradas para cuidado ao indivíduo com sobrepeso ou obesidade também receberam pontuações próximas a seis (Tabela 1).

A implementação do Projeto Terapêutico Singular (PTS) ainda é incipiente de acordo com a média de 5,77 encontrada para o item que trata da sua elaboração, implementação e avaliação para indivíduos com sobrepeso ou obesidade (Tabela 1).

É possível identificar também fragilidade na análise dinâmica e periódica de casos de sobrepeso e obesidade dos territórios adscritos em conjunto com as equipes vinculadas, indicada pela média de resposta de 5,23 neste item. O padrão de qualidade que diz respeito ao conhecimento e participação do NASF-AB nas discussões sobre o processo de trabalho e a forma de organização da(s) UBS(s) para atendimento à grupos ou indivíduos com sobrepeso ou obesidade também obteve uma média baixa (5,93) (Tabela 1).

Quanto aos itens abordados na subdimensão Atenção Integral à Saúde, as médias variaram de 5,75 a 8,64 e seis (28,57%) deles obtiveram média maior que oito. A pontuação de tais itens também aponta para o trabalho compartilhado entre o NASF-AB e as equipes vinculadas, por abordarem o apoio do NASF-AB às equipes para realização de ações relacionadas à atenção integral, ações conjuntas de promoção das práticas corporais e o desenvolvimento de estratégias junto eSF para acompanhamento de casos que precisam de cuidado prolongado. Além disso, revela a realização de atendimentos domiciliares e atividades assistenciais diretas aos indivíduos com sobrepeso ou obesidade (Tabela 2).

Cabe destacar que a média para a utilização de Práticas Integrativas e Complementares (PICs) como forma de ampliação da abordagem clínica e de ações de prevenção e promoção da saúde estava entre as mais baixas (6,61), apesar de se aproximar de sete. Valor próximo (6,86) também foi encontrado para a média do item que aborda a participação do NASF-AB na discussão e pactuação sobre critérios e fluxos para atendimento dos casos (Tabela 2).

A maioria dos municípios do estudo (n=11, 68,8%) é de pequeno porte, levando à média de habitantes à 35973,94. Foi observada que a prevalência de excesso de peso nos municípios variou de 37,69 a 50,11. Apesar da média da cobertura da ESF ter sido elevada (91,98%), o valor mínimo encontrado para a cobertura foi de 55,96, insuficiente para atender à população de forma adequada (Tabela 3).

As Tabelas 4 e 5 mostram as associações em modelos brutos e ajustados entre os escores das subdimensões, escore total e variáveis independentes. No modelo bruto (Tabela 4), foi encontrada associação entre o escore da subdimensão Atenção Integral e escore total com o tamanho dos municípios, onde profissionais de municípios de grande porte tiveram uma melhor avaliação quanto à atenção integral ($p=0,005$) e escore total ($p=0,046$), comparado aos de pequeno porte. As demais variáveis explicativas testadas no modelo bruto não apresentaram resultados estatisticamente significantes.

Após ajuste (Tabela 5), observou-se que o escore da Organização do Processo de Trabalho foi inversamente associado à prevalência de excesso de peso no município

($p=0,016$), ou seja, profissionais de municípios com menor prevalência de obesidade, tiveram uma melhor avaliação quanto aos processos de trabalho. O escore também foi associado à cobertura da ESF ($p<0,001$) e PIB per capita ($p=0,015$), indicando que os profissionais de municípios com maior cobertura e maior PIB per capita apresentaram melhor avaliação dessa subdimensão. O escore da subdimensão Atenção Integral foi associado ao tamanho do município ($p<0,001$), assim como no modelo bruto. Também foi associado à taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório ($<0,001$), no qual os profissionais de municípios que apresentavam maior taxa de doenças do aparelho circulatório apresentavam também melhor avaliação da Atenção Integral.

Quanto ao escore total, houve associação com o tamanho do município, na qual profissionais de municípios de grande porte também apresentaram uma melhor avaliação quanto ao escore total ($p<0,001$). Também foi associado à cobertura da ESF ($p<0,001$).

As variáveis IDHM, Taxa de Mortalidade por Doenças Endócrinas Nutricionais e Metabólicas e Densidade Demográfica não foram significativamente associadas aos escores obtidos nas subdimensões e ao escore total, independentemente do método utilizado.

Discussão

Todos os municípios do presente estudo obtiveram classificação de regular a muito satisfatório tanto nas subdimensões da ferramenta, quanto ao considerar a dimensão analisada, não sendo identificados municípios com a classificação muito insatisfatório ou insatisfatório. Apesar dessa classificação ser positiva, as médias dos itens revelaram que ainda há diversas fragilidades quanto a ações de vigilância, discussões de fluxos de atendimento, implementação de ferramentas que auxiliam no cuidado, apoio matricial e outros. As variáveis de Prevalência de Excesso de Peso, cobertura da ESF, Tamanho do Município, Taxa de Mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório e PIB per capita estiveram associadas a escores obtidos nas subdimensões ou ao escore total.

Apesar de alguns itens da subdimensão da Organização dos Processos de Trabalho, que dizem respeito ao matriciamento, alcançarem média maior que oito, indicando proximidade ao padrão de qualidade estabelecido na ferramenta, é possível notar que outros itens do matriciamento obtiveram média abaixo de seis, indicando que ainda há fragilidades na implementação do apoio matricial (Tabela 1). Essa fragilidade no apoio matricial foi observada também por BRANDÃO et al. (2020) em estudo de abrangência nacional, que revelou que o NASF-AB é acionado apenas por 56,6% das equipes do país para apoiar o acompanhamento de indivíduos com obesidade.

Esses dados são reveladores, uma vez que a elevada prevalência de sobrepeso e obesidade e sua associação com outras DCNT demanda a reorganização dos processos de trabalho na APS, sendo o apoio matricial um dispositivo para tal. Portanto, o apoio matricial deveria ser priorizado para potencializar a resolutividade das eSF no atendimento a esses indivíduos, permitindo a colaboração e ampliação dos saberes acerca da complexidade desses agravos (BRANDÃO et al., 2020; BURLANDY et al., 2020; LIMA et al., 2019). Ademais, o baixo acionamento do NASF-AB para esses casos poderia justificar a média de apenas 4,11 encontrada nesse estudo para o item de dedicação de um período das reuniões entre NASF-AB e eSF para discussões dos casos de obesidade.

Apesar do reconhecimento da potencialidade do NASF-AB para atingir a colaboração entre equipes, seria ingênuo pensar que simplesmente colocar os profissionais juntos produzirá colaboração (BURLANDY et al., 2020; DE SOUZA; KNABBEN; CALVO, 2017). Portanto, a realização de encontros periódicos entre NASF-AB e equipes apoiadas é uma estratégia com potencial para favorecer a colaboração, que é um processo complexo e dinâmico que envolve distintas perspectivas, competências, saberes e valores de cada profissional (MELO et al., 2018; DE SOUZA; KNABBEN; CALVO, 2017; BARROS et al., 2015).

É necessário, entretanto, ampliar as discussões dos casos de obesidade nesses encontros, o que permitirá melhor compreensão dos casos na busca de intervenções que contemplem a singularidade de cada situação. Por meio dessas discussões que surgem também demandas de visita, atendimentos e a construção de PTS, que é considerado uma ferramenta que potencializa a prática interdisciplinar (NASCIMENTO et al., 2018).

A média de 5,77 identificada para o item que trata da elaboração, implementação e avaliação do PTS para indivíduos com sobrepeso ou obesidade sugere que a implementação dessa ferramenta é incipiente. Brocardo et al (2018) também indicaram a necessidade de incrementar o monitoramento do PTS. Por se tratar de uma ferramenta inovadora, pode gerar estranhamento e dificuldade para ser incorporada na prática, entretanto, por potencializar a prática interdisciplinar a partir do compartilhamento de saberes centrado no paciente, é uma estratégia de intervenção que deve ser incentivada (BAETA; MELO, 2020; NASCIMENTO et al., 2018).

A média de resposta 5,23 no item sobre a análise dinâmica e periódica de casos de sobrepeso e obesidade dos territórios adscritos em conjunto com as equipes vinculadas, pode dificultar o conhecimento da realidade das populações pelas quais são responsáveis.

Deficiências quanto ao conhecimento na distribuição, magnitude e tendência dos casos de obesidade na população, impactam na estratificação de risco e no reconhecimento de seus condicionantes sociais, econômicos e ambientais, que são fundamentais para o planejamento e execução de ações (BRANDÃO et al., 2020; REIS et al, 2016; MALTA et al., 2015).

A baixa participação do NASF-AB nas discussões sobre processo de trabalho e forma de organização da(s) UBS(s) para atendimento a grupos de indivíduos com sobrepeso ou obesidade, identificada pela média de 5,93 no item, pode resultar nos desafios para assistência multiprofissional destacados por BURLANDY et al. (2020). Esses desafios incluem a falta de clareza quanto aos limites e definição dos papéis de cada profissional, bem como dificuldades operacionais, institucionais e de gestão.

Apenas a partir da compreensão dos processos de trabalho e seus condicionantes pelos próprios trabalhadores, é possível superar uma das principais limitações para o exercício da integralidade, que é a fragmentação desses processos (NASCIMENTO; CORDEIRO, 2019; CARNUT, 2017). Assim, a organização do processo de trabalho do NASF-AB perpassa inevitavelmente a compreensão da Atenção Integral, que é fundamental para o cuidado ao indivíduo com obesidade (BRANDÃO et al., 2020).

Na avaliação das respostas à subdimensão Atenção Integral, os itens com média acima de oito, além de apontarem para um trabalho conjunto do NASF-AB e eSF, revelaram a realização de diferentes abordagens dos indivíduos com sobrepeso ou obesidade, estando esses incluídos no planejamento de atendimentos domiciliares, bem como em atendimentos e atividades assistenciais individuais. Enquanto esses indivíduos têm a possibilidade, portanto, de serem contemplados tanto na demanda programada, quanto na espontânea, os resultados de BRANDÃO et al. (2020) evidenciaram que a oferta de ações para obesidade não era realizada por 42,9% das equipes da APS e que 53,7% delas não realizavam consultas para indivíduos com obesidade.

A realização de estratégias de promoção das práticas corporais, bem como o desenvolvimento de estratégias de acompanhamento dos casos que precisam de cuidado prolongado em relação à promoção dessas práticas, indicadas pela média maior que oito, são fundamentais por contribuírem para a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida da população. Esse resultado demonstrando o acompanhamento também se faz importante, uma vez que as ações que integram incentivo, apoio e proteção às práticas de atividade física e alimentação saudável muitas vezes ocorrem de forma pontual durante o ano, apesar da necessidade da prática constante (RAMOS et al., 2020).

Cabe destacar que a média para a utilização de Práticas Integrativas e Complementares (PICs) como forma de ampliação da abordagem clínica e de ações de prevenção e promoção da saúde estava entre as mais baixas, apesar de se aproximar de sete. Inserir as PICs na APS para atender à demanda da obesidade é reconhecer o pluralismo terapêutico necessário no manejo dessa condição, uma vez que essas práticas caracterizam-se pela interdisciplinaridade e em geral se contrapõem à visão altamente tecnológica de saúde. O aumento do conhecimento sobre as PICs e a capacitação dos profissionais pode favorecer a inserção dessas práticas nos serviços de saúde. (BARBOSA et al., 2020; TELES JUNIOR, 2016).

Outrossim, a média de 6,86 no item que aborda a participação do NASF-AB na discussão e pactuação sobre critérios e fluxos para atendimento dos casos revela a fragilidade da coordenação do cuidado, que é um atributo essencial da APS e uma das diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Coordenar o cuidado pressupõe organizar e acompanhar o caminho do usuário na Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo sua efetivação um desafio estratégico para a consolidação da integralidade do cuidado (BRANDÃO et al., 2020).

Tratando-se da RAS, é importante considerar que o cuidado especializado também é necessário para a efetividade do cuidado iniciado na APS (MELO et al., 2018). Municípios de menor porte populacional geralmente carecem de serviços de saúde especializados, podendo haver necessidade do profissional do NASF-AB ser deslocado parcialmente para outras funções, podendo conduzir a um funcionamento equivocado do NASF-AB, que acaba assumindo um papel de substituição do serviço que falta, na tentativa de responder à demanda da população (NASCIMENTO et al., 2018; DE SOUZA; KNABBEN; CALVO, 2017). Tal situação pode explicar, em parte, o resultado verificado nesse estudo, onde foi encontrada associação entre o escore de atenção integral e escore total tanto na análise bivariada (Tabela 4), bem como no modelo ajustado (Tabela 5), com o tamanho do município.

Apesar de alguns municípios do presente estudo se classificarem como de grande porte, estes não correspondem ao contexto dos grandes centros urbanos, visto que apresentam uma população bem menor quando comparados a eles. Observam-se desafios em grandes centros em função da desarticulação e má distribuição da rede de saúde assistencial, com estagnação na expansão da ESF, deixando em evidência problemas relacionados à reestruturação da rede de serviços e o não enfrentamento dos Determinantes Sociais em Saúde (MICLOS; CALVO; COLUSSI et al., 2017; SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013).

O escore da subdimensão da Organização do Processo de Trabalho foi negativamente associado à prevalência de obesidade no município, ou seja, a melhor avaliação dos profissionais quanto ao processo de trabalho foi associada à menor prevalência de obesidade nesses municípios. Tal resultado pode sugerir que a organização dos processos de trabalho do NASF-AB auxilia na qualidade do cuidado ofertado ao indivíduo com obesidade, impactando na sua prevalência. Porém, o delineamento transversal do estudo impede uma relação de causalidade para as associações registradas, podendo o contrário também ser verdadeiro (LIMA et al., 2019).

Embora a cobertura da ESF tenha sido associada com o escore da subdimensão da Organização dos Processos de Trabalho e escore total no modelo ajustado, a literatura aponta que apesar da expansão da cobertura da ESF ser relevante, ela não tem sido suficiente para a reorientação do modelo de atenção à saúde, sendo o financiamento apontado como um dos elementos indispensáveis ao seu desenvolvimento (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016). Entretanto, existe um processo de subfinanciamento crônico do SUS, caracterizado pela alocação insuficiente de recursos orçamentários e financeiros, limitando a efetivação da APS como ordenadora da rede de assistência à saúde e impossibilitando que os princípios constitucionais de acesso universal, integralidade e equidade sejam cumpridos plenamente (FUNCIA, 2019).

O escore da organização dos processos de trabalho foi ainda associado ao PIB per capita, que reflete a capacidade dos municípios de financiarem ações e serviços em saúde, visto que parte do orçamento para saúde provém de recursos do próprio município. Dessa forma, nota-se maior disponibilidade de recursos em municípios que apresentam melhor desenvolvimento econômico (CALVO et al., 2016).

O escore da subdimensão atenção integral, além de ser associado com o tamanho do município, também foi associado à taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório (Tabela 5). Esse resultado sugere a necessidade de priorizar a atenção integral para atender a essa demanda, uma vez que as doenças circulatórias, representam a principal causa de morte e incapacidade física no mundo (CECCON et al., 2013).

Entre as limitações do presente estudo estão o reduzido tamanho amostral, o caráter autoaplicável do instrumento, dependendo da interpretação dos respondentes em relação aos itens abordados, o que pode gerar dúvidas nas respostas. Ademais, o caráter transversal do estudo impossibilita o estabelecimento da relação de causa e efeito entre as associações. Cabe ressaltar, porém, que os dados analisados podem orientar e subsidiar futuras pesquisas e

estudos avaliativos, bem como direcionar o planejamento dos gestores para a organização dos serviços e ações para o cuidado à obesidade, a partir das potencialidades e fragilidades identificadas. O estudo apresenta ainda como ponto forte a participação de diferentes profissionais da saúde, porém ainda é necessário que os estudos futuros abordem a percepção de outros atores do processo, como gestores e usuários do SUS.

Estudos futuros devem abordar ainda outros fatores que podem influenciar no processo de trabalho, além dos abordados no presente estudo, como número de eSF de referência para cada equipe NASF-AB, a disponibilidade de recursos, existência de demanda reprimida para algumas categorias profissionais, inadequação de infraestrutura, rotatividade e formação dos profissionais de saúde (BURLANDY et al., 2020; SOUZA; CALVO, 2018; BARROS et al., 2015).

Conclusões

Os municípios participantes do estudo apresentaram qualidade de regular a muito satisfatória quanto aos processos de trabalho do NASF-AB para o cuidado ao indivíduo com sobrepeso ou obesidade. Entretanto, apesar de apontarem para a existência de um processo de trabalho articulado entre NASF-AB e eSF, ainda permanecem algumas insuficiências quanto a importantes componentes do cuidado ao indivíduo com obesidade na APS, no que concerne a ações de vigilância, discussões de fluxos de atendimento, implementação de ferramentas que auxiliam no cuidado, suporte familiar, coordenação do cuidado, aprimoramento do apoio matricial por meio de agenda integrada e desenvolvimento conjunto de atividades de educação permanente.

Considerando o reconhecimento da potencialidade do NASF-AB para ampliar a qualidade e resolutividade da ESF, respondendo melhor aos problemas e necessidades da população, é de suma importância a sua continuidade e investimento para que seja aprimorado e funcione da forma prevista, de acordo com os padrões de qualidade esperados. Ademais, é razoável dizer que há possibilidade dos efeitos do trabalho do NASF-AB serem observados em variáveis do município, o que reforça a necessidade de sua continuidade e aprimoramento.

É importante ainda investir em avaliação constante dos serviços de saúde para atendimento ao público com obesidade, visto que há carência de trabalhos desenvolvidos com essa finalidade, de forma a ampliar a compreensão da realidade e propor intervenções assertivas para responder às demandas de maneira qualificada.

Referências

- ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1499-1510, 2016.
- BAETA, S. R.; MELO, W. O apoio matricial e suas relações com a teoria da complexidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 2289-2295, 2020.
- BARBOSA, F. E. S. et al. Supply of Integrative and Complementary Health Practices in the Family Health Strategy in Brazil. **Cadernos de saúde pública**, v. 36, n. 1, p. e00208818-e00208818, 2019.
- BARROS, J. O. et al. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 2847-2856, 2015.
- BRANDÃO, A. L. et al. Estrutura e adequação dos processos de trabalhos no cuidado à obesidade na Atenção Básica brasileira. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 678-693, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 137.: il.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - Núcleos de Apoio à Saúde da Família: AMAQ-NASF. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.
- BROCARD, D. et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 130-144, 2018.
- BURLANDY, L. et al. Modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00093419, 2020.
- CALVO, M. C. M. et al. Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, p. 767-776, 2016.
- CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 1177-1186, 2017.
- CECCON, R. F. et al. Mortalidade por doenças circulatórias e evolução da saúde da família no Brasil: um estudo ecológico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 1411-1416, 2013.
- COCHRANE, A. J. et al. Developing dimensions for a multicomponent multidisciplinary approach to obesity management: a qualitative study. **BMC Public Health**, v. 17, n. 1, p. 814, 2017.
- CONZ, C. A. et al. O cuidado experienciado por pessoas com obesidade mórbida nos Serviços Públicos de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, 2020.

- DE SOUZA, T. T.; KNABBEN, R. J.; CALVO, M. C. M. Caracterização de núcleos de apoio à saúde da família e integração às equipes de saúde da família vinculadas. **Revista de APS**, v. 20, n. 4, 2017.
- FUNCIA, F. R. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 4405-4415, 2019.
- LIMA, C. A. al. Avaliação do processo de trabalho entre equipes de saúde da família de um município de minas gerais, brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, n. 1, 2019.
- MALTA, D. C. et al. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil-Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 3-16, 2015.
- MELO, E. A. et al. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 328-340, 2018.
- MICLOS, P. V.; CALVO, M. C. M.; COLUSSI, C. F. Avaliação do desempenho das ações e resultados em saúde da atenção básica. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 86, 2017.
- MORAES, A. L.; ALMEIDA, E. C.; SOUZA, L. B. Percepções de obesos deprimidos sobre os fatores envolvidos na manutenção da sua obesidade: investigação numa unidade do Programa Saúde da Família no município do Rio de Janeiro. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 553-572, 2013.
- MOREIRA, D. C. et al. Avaliação do trabalho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) por usuários, segundo os atributos da atenção primária. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00031420, 2021.
- NAKAMURA, C. A.; LEITE, S. N. A construção do processo de trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: a experiência dos farmacêuticos em um município do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1565-1572, 2016.
- NASCIMENTO, Arthur Grangeiro do; CORDEIRO, Joselma Cavalcanti. NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA: ANÁLISE DO PROCESSO DE TRABALHO. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, e0019424, 2019.
- NASCIMENTO, C. M. B. do et al. Configurações do processo de trabalho em núcleos de apoio à saúde da família e o cuidado integral. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 3, p. 1135-1156, 2018.
- RAMOS, D. B. N. et al. Propostas governamentais brasileiras de ações de prevenção e controle do sobrepeso e obesidade sob perspectiva municipal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00116519, 2020.
- REIS, M. L. et al. Evaluation of the multiprofessional work of the family health support center (NASF). **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 25, n. 1, 2016.
- SEMLITSCH, T. et al. Management of overweight and obesity in primary care—A systematic overview of international evidence-based guidelines. **Obesity Reviews**, v. 20, n. 9, p. 1218-1230, 2019.
- SILVA, I. C. B. et al. O processo de trabalho do núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, n. 1, 2019.

SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 221-232, 2013.

STEFAN, N.; BIRKENFELD, A. L.; SCHULZE, M. B. Global pandemics interconnected—obesity, impaired metabolic health and COVID-19. **Nature Reviews Endocrinology**, p. 1-15, 2021.

TELESI JÚNIOR, Emílio. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estudos avançados**, v. 30, n. 86, p. 99-112, 2016.

VENDRUSCOLO, C. et al. Núcleo ampliado de saúde da família: espaço de interseção entre atenção primária e secundária. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 28, 2019.

Tabela 1: Descrição dos itens avaliados na subdimensão Organização do Processo de Trabalho. Minas Gerais, Brasil (2019).

SUBDIMENSÃO PROCESSO DE TRABALHO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	VALOR MÍNIMO	VALOR MÁXIMO
A coordenação de AB/NASF estabelece mecanismos para facilitar a comunicação entre profissionais do NASF e equipes vinculadas	8,16	1,86	3	10
Os profissionais do NASF possuem formação complementar que os qualifica para o trabalho de cuidado ao indivíduo com sobrepeso/obesidade na AB.	6,27	2,70	0	10
Os profissionais do NASF têm clareza sobre a estruturação de seu processo de trabalho de atendimento à grupos ou indivíduos com sobrepeso/obesidade.	7,70	1,81	2	10
Os profissionais do NASF utilizam diferentes ferramentas na prática do apoio matricial para o atendimento à grupos ou indivíduos com sobrepeso/obesidade.	6,95	2,30	0	10
Os profissionais do NASF dedicam um período da semana ou quinzena para reunião de equipe NASF.	8,30	2,43	1	10
Os profissionais do NASF dedicam um período das reuniões de equipe NASF conforme referido no item 3.5 para os casos de sobrepeso/obesidade.	4,11	2,78	0	10
As ações desenvolvidas pelo NASF para os casos de sobrepeso e obesidade são discutidas e acordadas com os profissionais das equipes vinculadas	6,32	2,79	0	10
As agendas e ações dos profissionais do NASF quanto ao sobrepeso/obesidade são integradas e/ou complementares.	6,30	2,26	1	10
Os profissionais do NASF organizam sua agenda contemplando sua atuação junto a todas as equipes vinculadas ao cuidado do indivíduo com sobrepeso/obesidade.	5,95	2,52	0	10
Os profissionais do NASF possuem cronograma de atividades que contemplem as necessidades do território, da equipe de saúde e dos usuários quanto às demandas de sobrepeso/obesidade.	6,27	2,47	1	10
Os profissionais do NASF têm conhecimento e participam de discussões sobre o processo de trabalho e a forma de organização da(s) UBS(s) para atendimento à grupos ou indivíduos com sobrepeso/obesidade.	5,93	2,61	0	10
O NASF realiza apoio ao planejamento, análise e gestão do processo de trabalho para atendimento à grupos ou indivíduos com sobrepeso/obesidade das equipes de atenção básica/saúde da família vinculadas.	6,39	2,61	0	10
Os profissionais do NASF oferecem apoio às equipes vinculadas no atendimento às situações urgentes ou	7,89	2,28	2	10

imprevistas relacionadas ao sobrepeso/obesidade				
Os profissionais do NASF conhecem a rede de atenção – serviços, instituições e aparelhos sociais para atender a demanda relacionada ao sobrepeso/obesidade.	7,39	2,31	2	10
Os profissionais do NASF registram as ações realizadas para os casos de sobrepeso/obesidade em instrumentos comuns às EAB	8,43	2,05	2	10
Os profissionais do NASF registram e monitoram as solicitações de apoio para os casos de sobrepeso/obesidade recebidas das EAB.	8,23	2,19	2	10
O NASF realiza análise dinâmica e periódica de casos de sobrepeso/obesidade de seus territórios adscritos em conjunto com as equipes vinculadas.	5,23	2,48	0	10
O NASF contribui para a elaboração e atualização do diagnóstico da situação de sobrepeso/obesidade do território de cada EAB vinculada	6,00	2,49	0	10
O NASF planeja e programa ações para a área de abrangência sob sua responsabilidade sanitária abordando riscos e agravos individuais e coletivos relacionados ao sobrepeso/obesidade	6,45	2,31	1	10
Os profissionais do NASF desenvolvem ações de promoção da saúde periodicamente no âmbito do Programa Academia da Saúde (ou similares)	7,00	2,81	0	10
O NASF participa do planejamento em saúde direcionados para grupos ou indivíduos com sobrepeso/obesidade de cada UBS vinculada.	6,66	2,36	1	10
Os profissionais do NASF elaboram, implantam e avaliam Projeto Terapêutico Singular para indivíduos com sobrepeso/obesidade na Atenção Básica, em conjunto com as EAB.	5,77	2,73	2	10
Os profissionais do NASF oferecem apoio às equipes vinculadas para o trabalho com grupos direcionados à indivíduos com sobrepeso/obesidade	7,07	2,14	2	10
Os profissionais do NASF oferecem apoio às equipes vinculadas para a realização de ações de educação em saúde para prevenção da obesidade	8,50	1,80	2	10

Tabela 2: Descrição dos itens avaliados na subdimensão Atenção Integral à Saúde. Minas Gerais, Brasil (2019).

SUBDIMENSÃO ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	VALOR MÍNIMO	VALOR MÁXIMO
Todos os profissionais do NASF realizam atendimentos domiciliares à indivíduos com sobrepeso/obesidade, sempre que necessário.	8,64	2,11	0	10
Os profissionais do NASF realizam atendimentos individuais aos usuários com sobrepeso/obesidade de forma compartilhada com as equipes apoiadas, quando pertinente e necessário.	8,64	2,05	1	10
Os profissionais do NASF realizam atividades assistenciais diretas aos usuários com sobrepeso/obesidade quando pertinente e necessário	8,16	1,83	4	10
Os profissionais do NASF discutem periodicamente com as EAB os casos de sobrepeso/obesidade acompanhados	6,95	2,29	2	10
Os profissionais do NASF promovem ações de Educação Permanente direcionadas para grupos e indivíduos com sobrepeso/obesidade	7,14	2,58	0	10
Os profissionais do NASF auxiliam as EAB na qualificação dos encaminhamentos de indivíduos com sobrepeso/obesidade para outros pontos de atenção.	7,43	1,91	2	10
Os profissionais do NASF atuam na atenção a grupos e indivíduos com sobrepeso/obesidade considerando todas as faixas etárias e fases do ciclo de vida	7,52	2,44	0	10
Os profissionais do NASF apoiam, realizam e desenvolvem com as equipes de AB estratégias de cuidado às pessoas com sobrepeso/obesidade.	7,11	2,44	1	10
Os profissionais do NASF incentivam e desenvolvem ações de apoio ao autocuidado e ampliação da autonomia das pessoas com sobrepeso/obesidade.	7,41	2,32	0	10
Os profissionais do NASF incentivam e desenvolvem estratégias de suporte aos familiares e cuidadores de pessoas com sobrepeso/obesidade	6,82	2,45	1	10
Os profissionais do NASF apoiam as ações das equipes de AB relacionadas a atenção integral à saúde da criança	8,50	1,55	4	10
Os profissionais do NASF apoiam as ações das equipes de AB relacionadas à atenção integral à saúde da mulher.	7,82	2,12	1	10
Os profissionais do NASF apoiam e desenvolvem com as equipes de AB a vigilância alimentar e	7,64	2,19	1	10

nutricional, com vistas a identificação de prioridades para organização da atenção nutricional do indivíduo com sobrepeso/obesidade				
Os profissionais do NASF apoiam e desenvolvem com as equipes de AB a atenção nutricional para grupos ou indivíduos com sobrepeso/obesidade	7,41	2,24	0	10
Os profissionais do NASF apoiam e desenvolvem com as equipes de AB estratégias de promoção da alimentação adequada e saudável respeitando as especificidades locais e as condições de indivíduos e coletividades.	7,77	2,06	2	10
O NASF apoia as equipes de AB e/ou desenvolve estratégias de promoção das práticas corporais e de atividade física buscando a promoção da saúde e a valorização da cultura local.	8,59	1,09	2	10
O NASF apoia as equipes de AB e/ou desenvolve estratégias de acompanhamento dos casos que precisam de cuidado prolongado em relação à promoção das práticas corporais e de atividade física	8,57	1,68	3	10
Os profissionais do NASF apoiam a equipe e/ou utilizam as Práticas Integrativas e Complementares como forma de ampliação da abordagem clínica e de ações de prevenção e promoção da saúde.	6,61	3,18	0	10
O NASF contribui para a adesão ao tratamento farmacoterapêutico de pessoas portadoras de doenças crônicas relacionadas a obesidade que fazem uso contínuo de medicamentos.	6,82	2,90	0	10
O NASF participa da discussão e pactuação sobre critérios e fluxos para atendimento dos casos de sobrepeso/obesidade na própria atenção básica, bem como para o compartilhamento dos casos com os demais pontos de atenção.	6,86	2,26	0	10
O NASF analisa, junto às EAB, a capacidade de manejo de psicofármacos para indivíduos com sobrepeso/obesidade e oferece suporte às equipes nessas situações.	5,75	3,07	0	10

Tabela 3: Caracterização dos municípios participantes do estudo, segundo variáveis demográficas e socioeconômicas referentes ao ano de 2019.

Variável	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	VALOR MÍNIMO	VALOR MÁXIMO
Prevalência de excesso de peso	44,98	3,34	37,69	50,11
Índice De Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) ^a	0,67	0,05	,60	,78
Cobertura da Estratégia de Saúde da Família	91,98	13,36	55,96	100
Estimativa de Habitantes	35973,94	40865,99	3052	115552
Taxa de mortalidade por Doenças Endócrinas Nutricionais e Metabólicas	0,66	0,47	0,10	1,97
Taxe de mortalidade por Doenças Do Aparelho Circulatório	2,25	0,64	1,47	3,92
Densidade Demográfica ^a	85,69	76,34	20,59	249,16
Pib Per Capta	17309,11	5994,46	8173,40	27739,09

^a Dado referente ao censo demográfico de 2010

Tabela 4: Coeficientes, intervalos de confiança e valor de p com base nas equações de estimativa generalizada (GEE), modelo bruto

Variável	SUBDIMENSÃO PROCESSO DE TRABALHO			SUBDIMENSÃO ATENÇÃO INTEGRAL			SCORE TOTAL		
	B	IC95%	Valor de p	B	IC95%	Valor de p	B	IC95%	Valor de p
Prevalência de excesso de peso	-,468	-1,68-0,75	0,450	0,164	-0,74-1,07	0,723	-0,181	-1,02-0,66	0,675
IDHM	-18,87	-134,8-97,06	0,750	21,790	-68,69-112,27	0,637	-2,723	-102,15-96,70	0,957
Cobertura da ESF	0,175	-0,13-0,48	0,254	-0,025	-0,26-0,20	0,833	0,086	-0,17-0,34	0,507
Tamanho do município									
Pequeno	0 ^a	-	-	0 ^a	-	-	0 ^a	-	-
Médio	-1,497	-16,13-13,13	0,841	3,615	-8,50-15,73	0,559	0,810	-12,30-13,92	0,904
Grande	5,917	-3,40-15,24	0,213	10,051	3,04-17,06	0,005*	7,762	0,13-15,39	0,046*
Taxa de mortalidade por DENM	-0,896	-11,60-9,81	0,870	4,126	-3,62-11,87	0,296	1,476	-7,36-10,31	0,743
Taxe de mortalidade por DAC	-0,182	-6,45-6,08	0,955	3,659	-1,27-8,59	0,146	1,607	-3,49-6,70	0,536
Densidade Demográfica	-0,023	-0,074-0,028	0,373	0,011	-0,033-0,056	0,624	-0,008	-0,052-0,035	0,717
Pib Per Capta	4,637E-5	-0,001-0,001	0,924	,000	-0,001-0,001	0,681	8,609e-5	-0,001-0,001	0,836

* Diferença estatisticamente significativa, ($p < 0,05$)

IC95%: intervalo de confiança de 95%; IDHM: Índice De Desenvolvimento Humano Municipal; ESF: Estratégia de Saúde da Família; DENM: Doenças Endócrinas Nutricionais e Metabólicas; DAC: Doenças Do Aparelho Circulatório

Tabela 5: Coeficientes, intervalos de confiança e valor de p com base nas equações de estimativa generalizada (GEE), modelo ajustado

Variável	SUBDIMENSÃO PROCESSO DE TRABALHO			SUBDIMENSÃO ATENÇÃO INTEGRAL			SCORE TOTAL		
	B	IC95%	Valor de p	B	IC95%	Valor de p	B	IC95%	Valor de p
Prevalência de excesso de peso	-1,372	-2,48- -0,26	0,016*	-	-	-	-	-	-
Cobertura da ESF	0,718	0,34-1,09	<0,001*	-	-	-	0,242	0,166-0,319	<0,001*
Tamanho do município									
Pequeno	-	-	-	0 ^a	-	-	0 ^a	-	-
Médio	-	-	-	10,117	-1,679-21,913	0,093	5,063	-7,994-18,119	0,447
Grande	-	-	-	12,699	7,879-17,519	<0,001*	11,491	6,387-16,595	<0,001*
Taxe de mortalidade por DAC	-	-	-	7,913	4,199-11,627	<0,001*	-	-	-
Pib Per Capta (R\$)	0,001	0,00-0,003	0,015*	-	-	-	-	-	-

* Diferença estatisticamente significativa, (p<0,05)

IC95%: intervalo de confiança de 95%; ESF: Estratégia de Saúde da Família; DAC: Doenças Do Aparelho Circulatório.

Excluídos: IDHM, Taxa de mortalidade por doenças endócrinas e metabólicas, densidade demográfica

Tabela 1 (material suplementar): Classificação das subdimensões da ferramenta AMAQ-NASF adaptada, de acordo com o escore obtido por município.

Município	Escore Subdimensão Processo de Trabalho	Classificação Subdimensão Processo de Trabalho	Escore Subdimensão Atenção Integral	Classificação Subdimensão Atenção Integral	Escore Total	Classificação Escore Total
Alvinópolis	71,88	Satisfatório	65,33	Satisfatório	68,83	Satisfatório
Brás Pires	60,42	Satisfatório	76,43	Satisfatório	69,78	Satisfatório
Cajuri	88,33	Muito Satisfatório	85,24	Muito Satisfatório	86,89	Muito Satisfatório
Divinésia	75,63	Satisfatório	83,10	Muito Satisfatório	80,78	Muito Satisfatório
Jequeri	50,28	Regular	57,30	Regular	54,37	Regular
Manhuaçu	77,50	Satisfatório	81,59	Muito Satisfatório	81,11	Muito Satisfatório
Muriaé	75,64	Satisfatório	79,78	Satisfatório	79,25	Satisfatório
Paula Cândido	75,83	Satisfatório	79,05	Satisfatório	78,22	Satisfatório
Pedra do Anta	55,42	Regular	71,19	Satisfatório	63,89	Satisfatório
Ponte Nova	52,08	Regular	63,33	Satisfatório	57,33	Regular
Santo Antônio do Grama	71,04	Satisfatório	64,76	Satisfatório	69,22	Satisfatório
São Geraldo	72,08	Satisfatório	66,67	Satisfatório	70,44	Satisfatório
Teixeiras	51,67	Regular	53,81	Regular	52,67	Regular
Ubá	65,42	Satisfatório	73,69	Satisfatório	70,56	Satisfatório
Viçosa	56,39	Regular	65,24	Satisfatório	62,07	Satisfatório
Visconde Do Rio Branco	49,58	Regular	71,43	Satisfatório	60,89	Satisfatório
Score Total Das Cidades	64,79	Satisfatório	66,46	Satisfatório	66,60	Satisfatório

ARTIGO ORIGINAL 2: Weight stigma among health professionals and its implications

Abstract

Background: Weight stigma incorporated in health practices can compromise the assistance provided and influence to the treatment success. The aim of this study was to perform a cross-cultural adaptation of an instrument to analyze the beliefs of primary health care professionals in the state of Minas Gerais (Brazil), regarding to the weight stigma.

Methods: This is a cross-sectional study. Participants (n=126, 88.9% women, 35±8 years) answered a self-applied questionnaire, cross-culturally adapted to Brazilian Portuguese, divided into three sections: Personal data; Beliefs about the causes of obesity; and Beliefs about people with obesity. The data were analyzed through descriptive statistics, using absolute and relative frequencies. Pearson's chi-square test and Fisher's exact test were used to test the association between weight stigma and BMI.

Results: Of the participants, 46.8% were overweight and 40.5% were nutritionists. Food addictions, eating too many inappropriate foods and physical inactivity were the causes of obesity with the highest agreement (96, 95.2 and 93.7%, respectively). Approximately half of the participants agreed that individuals with obesity should be held responsible for their condition. A high proportion of professionals believe that obesity can influence happiness, self-confidence and health. There was no association between beliefs related to weight stigma and the presence of excess weight in the participants.

Conclusions: These health professionals recognize obesity as a multifactorial condition; however, beliefs and attitudes that characterize weight stigma were identified as well. Our results indicate the need to identify these beliefs among health professionals, in the search for more resolute health care service for people with obesity.

Keywords: overweight; obesity; health services; weight bias; beliefs

INTRODUCTION

Overweight and obesity are complex multifactorial conditions, whose control does not only depend on the individual.¹ In Brazil, survey data from the Surveillance System for Risk and Protective Factors for Chronic Diseases by Telephone Survey (Vigitel) showed that 55.4% of adults presented overweight and 20.3%, obesity, in 2019,² challenging health systems and exposing a considerable percentage of the population to stigmatization.³

Weight stigma refers to the unfavorable judgment to people with obesity, based on generalized negative beliefs related to their weight, which are expressed as stereotypes and can lead to social devaluation, moral discredit, and discrimination of these individuals.^{1,3-5} Beliefs, in turn, are ideas that someone trusts or considers to be true; these can be rational or irrational, considering the existence of objective supporting evidence.⁶

Assumptions that people with obesity are sloppy, lazy, unmotivated, and present no self-discipline⁷ are negative labels; other perceptions are that obesity is a self-inflicted condition, i.e., under the control of the individual, and thus represents negligent personal responsibility – individuals do not “eat wisely” or “do not want to be healthier”.^{1,3,8,9}

This stigma has rapidly increased in recent years^{4,10} with a prevalence of 19 to 42% among adults with obesity and a higher frequency among those with higher body mass index (BMI).¹¹ The negative view of individuals living with obesity occurs in several contexts, including education, employment, interpersonal relationships, and health care,^{12,13} which can result in physical and psychological harm, involving body-image disorder, low self-esteem, emotional dysregulation, and depression.^{5, 14-16} Therefore the stigmatization of individuals on the basis of body weight is a social injustice and can also contribute to health disparities when incorporated into public health practices.^{6,17}

In this context, weight stigma on the part of the professionals can negatively affect clinical practice, service quality and the future use of health services by patients – who may expect or fear negative judgments and mistreatment in clinical contexts, feeling discouraged when searching for care, thus influencing treatment success.¹⁸⁻²¹ Therefore, studies that seek to recognize and track the stigma related to weight among health professionals, in the assistance context, can contribute to the formulation of actions aimed at reducing it in this scenario and improve the experience of people with overweight and obesity in health services. In Brazil there is still a lack of studies in this context.^{18,19}

Thus, the objective of this study was to perform a cross-cultural adaptation of an instrument to analyze the beliefs of primary health care professionals in the state of the Minas Gerais (Brazil), regarding to the weight stigma.

METHODOLOGY

Study design and participants

This is a cross-sectional study carried out with primary health care professionals in the state of the Minas Gerais (Brazil) between October and November 2019. The survey was conducted in person, using self-applied questionnaires completed anonymously and the

inclusion criteria were the following: being a health professional participating in the RENOB-MG project and being present in the first face-to-face training process meeting held for this group, where the questionnaire was applied. All health professionals participating in the RENOB-MG project were invited to voluntarily participate in this training and the questionnaire was applied without distinction to all who attended, after signing the Informed Consent Form. A sample of 126 individuals is constituted, representing 66.7% of the total health professionals participating in the RENOB-MG project.

RENOB-MG Project

The Obesity Confrontation Network project in Minas Gerais (RENOB - MG, Network for Facing Obesity in Minas Gerais), approved by the Human Research Ethics Committee (CEP / blinded for peer review, report No. 3445194/2019), aims to develop diagnostic, training, management, evaluation, and monitoring actions that enable the construction of a nutritional care network for obesity control in the state of Minas Gerais, Brazil. The project includes 58 Extended Family Health Centers (NASF) belonging to 62 municipalities, located in the regions of four Federal Higher Education Institutions in Minas Gerais. The regions were thus selected to promote a closer relationship between these universities and the cities and also to promote greater efficiency in meeting the project's activities, from diagnosis to monitoring. The invitation to participating cities was carried out with the support of the State Health Department of the state of Minas Gerais and each municipality had the possibility to nominate health professionals and managers to participate in the activities of RENOB-MG. The training activities aimed at health professionals were designed to take place at a distance, with 4 face-to-face meetings of 8 hours each, to monitor distance learning activities.

Beliefs concerning weight stigma

To evaluate the beliefs and attitudes concerning weight and obesity stigmas, we cross-culturally adapted a questionnaire by Harvey et al. (2002),²² according to the proposal of the AAOS/IWH Guide (Beaton et al., 2002),²³ with modifications. The original instrument in English language was independently translated to Brazilian Portuguese by two Brazilian translators, one of them being a nutritionist. The translated documents were synthesized with the help of a third person, who met with both translators to discuss discrepancies. The translated instrument was back translated by an American translator. The final instrument in Portuguese was approved by the project team, which identified equivalence between the original and the translated instrument. Finally, a pre-test was carried out with health

professionals (n=58) to verify the understanding of the items addressed. As there were no difficulties, this version was configured as the final instrument of this study (Figure 1).

For application, the last section of the questionnaire was excluded –which addressed specific questions for nutritionists– so that professionals from other health areas could also answer it. The applied questionnaire was then divided into three sections as follows: 1) Sociodemographic data –consisting of sociodemographic information (gender, age, health profession and working city, time in the current profession and self-reported weight in kilograms and height); 2) Beliefs about the causes of obesity –addressing biological, behavioral and environmental causes; 3) Beliefs about people with obesity –regarding the characteristics, feelings and attitudes of these people, as well as people of normal-weight to people with obesity. Health professionals were instructed to complete all sections, responding to all statements without changing any answer.

For section two, professionals had to assign levels of importance on a six-point Likert scale, ranging from unimportant to extremely important (scores 1 to 6, respectively) for each factor listed as a cause for obesity. For section three, professionals also had to assess the level of agreement on a six-point Likert scale (ranging from strongly disagree to strongly agree - scores from 1 to 6, respectively). For the result analysis of section two, answers 1, 2 and 3 were grouped as not important and 4, 5 and 6 as important. In section 3, answers 1, 2 and 3 were grouped as disagreement and 4, 5 and 6 as agreement.

Statistical analysis

A statistical analysis of the data was conducted using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 23.0 software. The data were described using absolute and relative frequencies. Pearson's chi-square test and Fisher's exact test were used to test the association between weight stigma and BMI. For this, the health professionals were classified into two groups: overweight ($\text{BMI} \geq 25 \text{ kg/m}^2$) and normal-weight ($\text{BMI} < 25 \text{ kg/m}^2$), according to the classification of the World Health Organization (WHO, 2000)²⁴. The responses of these professionals to the questionnaires were analyzed together considering that in the model of primary health care of the Unified Health System (SUS), these professionals work as a team in approaching the patient and therefore their beliefs in relation to stigma will impact comprehensive care for patients with obesity. In all analyzes, the level of significance adopted was 5% ($\alpha = 0.05$).

RESULTS

The study had 126 participants –health professionals, predominantly female ($n = 112$; 88.9%). The average age of the group was 35 (± 8) years. Among the professionals, 40.5% were nutritionists, 16.7% nurses, 16.7% Physical Education professionals, and the rest (26.2%) included psychologists, physiotherapists, dentists, pharmacists, and social workers, among others. These professionals worked in 43 municipalities from the state of the Minas Gerais. Concerning the nutritional status of the participants, 46.8% were living with overweight.

Regarding beliefs about the causes of obesity, for all factors presented in the instrument, including biological, psychological, behavioral and environmental factors, more than 50% of the professionals attributed importance greater than or equal to four on the scale, indicating that most of them believe that all these factors play a role in the multifactorial etiology of obesity; however, food addictions (96%), eating too many inappropriate foods (95.2%) and physical inactivity (93.7%) were considered the most important (Table 1).

Most participants disagreed with the statements presented in the instrument that addressed characteristics of individuals with obesity, except for the statement that obese people are generally sociable, with which half of the participants agreed. Most participants also disagreed with the statements regarding the feelings of individuals with obesity, as well as those related to the characteristics that individuals with obesity have compared to those who do not have this condition. In this sense, more than 80% of the participants disagreed that the majority of obese people are more self-conscious, resent and have a different personality than people with normal-weight. They also disagreed with the statement that most people with normal-weight would not want to marry with someone who has obesity. Disagreements greater than 80% were also identified for the statements that people with obesity should not expect to lead a normal life, that they are generally untidy and less aggressive and that they are as healthy as people with normal-weight (Tables 2 and 3).

There was agreement for most statements about the attitudes that people with obesity should present (Table 4). A higher disagreement (78.6%) was observed only in the statement that having obesity could be harm on others. Those that showed more than 80% agreement were the statements that individuals with obesity should make efforts to understand what causes them the develop obesity, motivate themselves to lose weight, seek professional advice and help to lose weight, recognize that there is a problem and that being obese is a health risk.

Regarding beliefs about other people's attitudes towards individuals with obesity (Table 5), there was agreement greater than 80% with the statement that people with obesity should be accepted by others, regardless of their body weight, and disagreement over 80% with the statement that one of the worst things that could happen to a person would be to become obese. Moreover, almost half (45.2%) of the participants believe that individuals with obesity should be held responsible for their condition, which can be caused by a complex interaction of factors.

Finally, there was no association between beliefs related to weight stigma and the participants' nutritional status ($p > 0.05$).

DISCUSSION

This study with primary health care professionals from the state of the Minas Gerais (Brazil) allows us to identify beliefs concerning weight stigma, such as valuing the behavioral and biological causes of obesity; accountability and/or dissatisfaction of obese people for their condition; belief that obesity can influence aspects such as happiness, self-confidence and health, as well as the behavior of other people about the individual with obesity. Furthermore, there was no association between beliefs related to weight stigma and the participants' excess weight.

The prevalence of overweight was identified in almost half (46.8%) of the individuals. This scenario found among our study participants is similar to that found among adults in the capital of the Minas Gerais, where 52.5% have overweight,² showing that even health professionals are subject to this condition, which is growing in Brazil and in the world.²⁵

Health professionals self-reported an understanding about the multi-causality of obesity but attached greater importance to the individuals' behavioral factors. Imbalanced or inadequate diet and sedentary behavior, which leads to energy imbalance, are often seen as the main reasons for being overweight. Despite representing important risk factors for obesity, this simplified view leads to believe that weight and body composition are choices that are under individual control, and can be reversed by the voluntary decisions to maintain an adequate diet and the practice of regular physical exercises.^{26,27} Besides to representing a key factor in stigma, this view disregards the existing complexity between food, physical activity and obesity. The amount of energy derived from food that is absorbed by the gastrointestinal tract is influenced by factors such as digestive enzymes, bile acids, microbiota, intestinal hormones, and neural signals, which are physiological factors and mechanisms involved in the energy imbalance that are not under voluntary control of the individual.^{11, 26,27}

The widespread assumption that the body weight is controllable by individual lifestyle choices can also influence the type of political solutions and the low level of public support for the coverage of interventions aimed at controlling obesity around the world; also, to those with approaches primarily focused on individuals, reinforcing this stigma.^{11,28}

Another result of our study that deserves to be discussed in the set of important causes of obesity is the 90% agreement that interpersonal factors and mood changes lead to excessive food consumption. In fact, individuals' eating behaviors are shaped by the food contexts in which they are inserted, that is, by the food system and the influence of peers.²⁹ Thus, an environment favorable to healthy eating is essential and should be prioritized by governments that seek to promote health in general.³⁰ Regarding mood changes, it should not be overlooked that chronic stress has been associated with increased food intake, especially those with high energy density¹² and that stigma itself can act as a stressor.¹⁰

Although the analysis of beliefs about obesity suggests that health professionals believe that obese individuals do not differ from those of normal-weight in terms of the issues addressed, there was a predominance of participants who believe that most people with obesity are dissatisfied with themselves. In this context, the presence of stigma among professionals regarding the satisfaction of obese individuals with themselves, if translated into behavior, could induce apprehension about body weight, promote stigma internalization, or eventually reinforce body dissatisfaction and contribute to weight gain.³¹ To more effectively control the development of obesity, providing a healthier environment for individuals in this condition, actions are needed to reduce stigma among those who deal with health care.^{18,19}

Furthermore, the fact that most participants disagree that people with obesity can be as self-confident, happy, sexually attractive, and healthy as people with normal-weight is similar to the results found by Cori, Petty and Alvarenga (2015).³² This belief assumes that obesity alone influences happiness, self-confidence, sexual attraction, and health, regardless of other issues in life, something that can contribute to stigmatization.

Moreover, the most participants believe that the expectation of leading a normal life and of being a successful worker is possible for individuals with obesity; however, the weight stigma is present in several domains of the society, including the workplace, education, health environment, and social life, bringing adverse consequences for mental, physical and social health.¹³ In the working context, individuals with obesity have reported lower starting salaries, classification as less qualified and higher workload, compared to employees of

normal weight. People with obesity are less likely to be invited to an interview, or, if employed, are considered less likely to be successful than normal weight workers.¹¹

On the other hand, the agreement by the most participants that individuals having obesity should be motivated to lose weight and seek professional advice and help with weight loss should serve as a warning, as the emphasis on weight can reinforce obesity stigma. Moreover, the weight and individual-centered approach to obesity, recommended most often by health professionals, may be related to the limited success of dietary interventions to obesity treatment.^{12,14,32} The focus of interventions should be directed to the health and well-being of these individuals.

Furthermore, actions with emphasis on the weight and harmful consequences related to overweight have been associated with less self-efficacy in changing health behavior, compared to those that did not emphasize body weight.^{11,31} When being informed about the harmful effects of their weight status, but not being informed about viable strategies to deal with this concern, there can be a negative incentive towards obesity, creating guilt and promoting stigma regarding personal responsibility of weight.³¹ This view can have a negative impact on the clinical practice, on the quality of care and on the use of health services by patients.¹⁸⁻²⁰ In this context, the belief that individuals with obesity, observed for most professionals, must recognize that there is a problem and that obesity constitutes a health risk must be addressed empathetically. Although obesity is associated with other diseases, representing a health risk, BMI alone cannot accurately convey the magnitude of this risk, being required investigation of other health indicators.³³

Moreover, the contradiction found in our study regarding the belief that people with obesity should be accepted regardless of their body weight and that they should not be subjected to social pressure to lose weight, simultaneously with the belief that they should not be left alone to be happy with the size/shape of their bodies, may reflect the implicit weight bias. This bias can manifest itself as negative attitudes and behaviors of health professionals towards overweight people, contributing to the stigma experiences, which can affect verbal and non-verbal communication.^{5,34} The belief, by almost half of the participants, individuals with obesity should be held responsible for their condition ratifies the presence of stigmatization.

Changing widespread and profound beliefs goes far beyond the awareness of individuals, demanding a new public narrative of obesity all around the world consistent with current scientific knowledge. Considering the complexity of the health care –which consists

of a range of people, processes, activities, configurations, and structures, and the dynamic way in which they connect— the search for solutions means identifying multiple causes and points of intervention. Given the widespread weight stigma in society, this goal can only be achieved by the joint efforts of a broad group of concerned parties, including healthcare professionals, researchers, media, policy makers, and patients.^{11,35,36}

In our study, no association was found between beliefs related to weight stigma and the participants' BMI classification, which differs from the initial hypothesis that overweight people may have more positive attitudes and beliefs regarding obese individuals; however, some authors report that BMI affects the attitudes and beliefs of individuals, since feelings and thoughts are influenced by psychological and physiological, and personal and environmental factors, with a greater tendency for empathy as weight gain occurs.^{37, 38}

The fact that the participants are part of the RENOB-MG project, may be a limitation of the study, even if the questionnaires are completed voluntarily and with guarantee of the anonymity of the participants, they can eventually answer, considering what they understand socially acceptable, despite of what they really believe. Another possible limitation of the study is in relation to the instrument used for data collection still requires validation, although we have performed the cross-cultural adaptation of an instrument already used internationally in health professionals.²² As strengths, the study is relevant to the knowledge of beliefs related to weight stigma among health professionals from different categories that deal directly with obesity in health services. In addition, our sample is comprehensive in relation to the municipalities of Minas Gerais.

CONCLUSION

In this study, primary health care professionals working at Brazil showed beliefs related to weight stigma, in which they recognize the multifactorial etiology of obesity, with an emphasis on behavioral and biological causes, as well as the obesity as a condition that can be controlled by the individual. Contradictions presented about to the feelings of people with obesity (satisfaction, happiness, and self-confidence), how they should behave regarding social and health issues, and how other people should act with them may reflect the implicit weight bias. In summary, our results indicate the need to identify these beliefs related to weight stigma among health professionals, in the search for more humanized and resolute health care service for people with obesity, considering the multiplicity of factors that involve the health-disease process, such as social, cultural, political, environmental, and psychological aspects.

REFERENCES

1. Cohen R, Shikora S. Fighting Weight Bias and Obesity Stigma: a Call for Action. *Obes Surg.* 2020;30(5):1623-1624.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. 2020.
3. Luck-Sikorski C, Riedel-Heller SG, Phelan JC. Changing attitudes towards obesity - results from a survey experiment. *BMC Public Health.* 2017;17(1):373. Published 2017 May 2.
4. Khan SS, Tarrant M, Weston D, Shah P, Farrow C. Can Raising Awareness about the Psychological Causes of Obesity Reduce Obesity Stigma?. *Health Commun.* 2018;33(5):585-592.
5. Mensinger JL, Tylka TL, Calamari ME. Mechanisms underlying weight status and healthcare avoidance in women: A study of weight stigma, body-related shame and guilt, and healthcare stress. *Body Image.* 2018; 25:139-147.
6. Darling R, Atav AS. Attitudes Toward Obese People: A Comparative Study of Nursing, Education, and Social Work Students. *J Prof Nurs.* 2019;35(2):138-146.
7. Sikorski C, Lupp M, Kaiser M, et al. The stigma of obesity in the general public and its implications for public health - a systematic review. *BMC Public Health.* 2011; 11:661. Published 2011 Aug 23.
8. Tomiyama AJ, Finch LE, Belsky AC, et al. Weight bias in 2001 versus 2013: contradictory attitudes among obesity researchers and health professionals. *Obesity (Silver Spring).* 2015;23(1):46-53
9. Ringel MM, Ditto PH. The moralization of obesity. *Soc Sci Med.* 2019;237:112399.
10. Jung FU, Luck-Sikorski C, Wiemers N, Riedel-Heller SG. Dietitians and Nutritionists: Stigma in the Context of Obesity. A Systematic Review. *PLoS One.* 2015;10(10):e0140276. Published 2015 Oct 14.
11. Rubino F, Puhl RM, Cummings DE, et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nat Med.* 2020;26(4):485-497.
12. Sikorski C, Lupp M, Luck T, Riedel-Heller SG. Weight stigma "gets under the skin"-evidence for an adapted psychological mediation framework: a systematic review. *Obesity (Silver Spring).* 2015;23(2):266-276.
13. Alberga AS, McLaren L, Russell-Mayhew S, von Ranson KM. Canadian Senate Report on Obesity: Focusing on Individual Behaviours versus Social Determinants of Health May Promote Weight Stigma. *J Obes.* 2018;2018:8645694. Published 2018 Jul 2.
14. Bombak AE. The contribution of applied social sciences to obesity stigma-related public health approaches. *J Obes.* 2014;2014:267286.
15. Jackson SE, Beeken RJ, Wardle J. Obesity, perceived weight discrimination, and psychological well-being in older adults in England. *Obesity (Silver Spring).* 2015;23(5):1105-1111.
16. Puhl R, Suh Y. Health Consequences of Weight Stigma: Implications for Obesity Prevention and Treatment. *Curr Obes Rep.* 2015;4(2):182-190.
17. Pudney EV, Himmelstein MS, Puhl RM, Foster GD. Distressed or not distressed? A mixed methods examination of reactions to weight stigma and implications for emotional

wellbeing and internalized weight bias [published online ahead of print, 2020 Feb 14]. *Soc Sci Med*. 2020;249:112854.

18. Phelan SM, Burgess DJ, Yeazel MW, Hellerstedt WL, Griffin JM, van Ryn M. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obes Rev*. 2015;16(4):319-326.

19. Brewis A, SturtzSreetharan C, Wutich A. Obesity stigma as a globalizing health challenge. *Global Health*. 2018;14(1):20. Published 2018 Feb 13.

20. Nair SC, Sheikh SM, Ibrahim H. Higher Physician Body Mass Index is Associated with Increased Weight Bias in an Arab Country with High Prevalence of Obesity. *Int J Prev Med*. 2019;10:93. Published 2019 Jun 7.

21. Raynor HA, Champagne CM. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Interventions for the Treatment of Overweight and Obesity in Adults. *J Acad Nutr Diet*. 2016;116(1):129-147.

22. Harvey EL, Summerbell CD, Kirk SF, Hill AJ. Dietitians' views of overweight and obese people and reported management practices. *J Hum Nutr Diet*. 2002;15(5):331-347.

23. Beaton, Dorcas et al. Recommendations for the cross-cultural adaptation of health status measures. New York: American Academy of Orthopaedic Surgeons. 2002; 12:1-9.

24. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. World Health Organ Tech Rep Ser. 2000;894:i-253.

25. Robstad N, Westergren T, Siebler F, Söderhamn U, Fegran L. Intensive care nurses' implicit and explicit attitudes and their behavioural intentions towards obese intensive care patients. *J Adv Nurs*. 2019;75(12):3631-3642.

26. Makowski AC, Kim TJ, Luck-Sikorski C, von dem Knesebeck O. Social deprivation, gender and obesity: multiple stigma? Results of a population survey from Germany. *BMJ Open*. 2019;9(4):e023389. Published 2019 Apr 3.

27. Thille P. Managing Anti-Fat Stigma in Primary Care: An Observational Study. *Health Commun*. 2019;34(8):892-903.

28. Salas XR, Forhan M, Caulfield T, Sharma AM, Raine K. A critical analysis of obesity prevention policies and strategies. *Can J Public Health*. 2017;108(5-6):e598-e608.

29. Backes V, Bairos F, Cafruni CB, et al. Food environment, income and obesity: a multilevel analysis of a reality of women in Southern Brazil. *Cad Saude Publica*. 2019;35(8):e00144618.

30. Aboueid S, Pouliot C, Nur T, Bourgeault I, Giroux I. Dietitians' perspectives on patient barriers and enablers to weight management: An application of the social-ecological model. *Nutr Diet*. 2019;76(3):353-362.

31. Simpson CC, Griffin BJ, Mazzeo SE. Psychological and behavioral effects of obesity prevention campaigns. *J Health Psychol*. 2019;24(9):1268-1281.

32. Cori Gda C, Petty ML, Alvarenga Mdos S. Atitudes de nutricionistas em relação a indivíduos obesos - um estudo exploratório [Attitudes of dietitians in relation to obese individuals - an exploratory study]. *Cien Saude Colet*. 2015;20(2):565-576.

33. De Lorenzo A, Romano L, Di Renzo L, Di Lorenzo N, Cennamo G, Gualtieri P. Obesity: A preventable, treatable, but relapsing disease. *Nutrition*. 2020;71:110615.

34. Alberga AS, Pickering BJ, Alix Hayden K, et al. Weight bias reduction in health professionals: a systematic review. *Clin Obes.* 2016;6(3):175-188.
35. Pearce C, Rychetnik L, Wutzke S, Wilson A. Obesity prevention and the role of hospital and community-based health services: a scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2019;19(1):453. Published 2019 Jul 5.
36. Jones CA, Forhan M. Addressing weight bias and stigma of obesity amongst physiotherapists [published online ahead of print, 2019 Jul 31]. *Physiother Theory Pract.* 2019;1-9.
37. Flint SW, Hudson J, Lavallee D. UK adults' implicit and explicit attitudes towards obesity: a cross-sectional study. *BMC Obes.* 2015;2:31. Published 2015 Sep 4.
38. Yılmaz HÖ, Yabancı Ayhan N. Is there prejudice against obese persons among health professionals? A sample of student nurses and registered nurses. *Perspect Psychiatr Care.* 2019;55(2):262-268.

Figure 1: Flowchart of the cross-cultural adaptation process

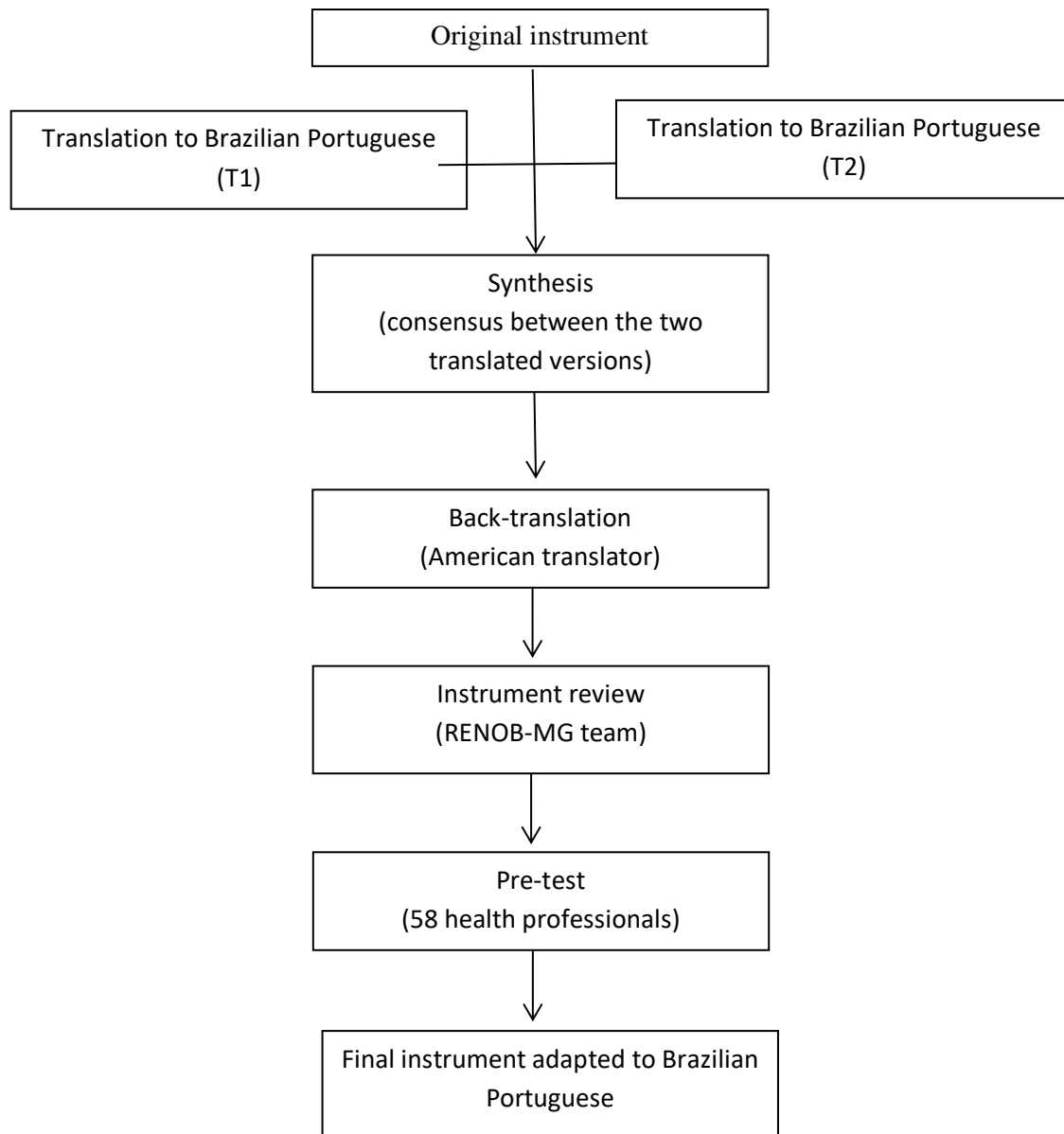


Table 1- Beliefs about the causes of obesity by health professionals. Minas Gerais, Brazil (2019).

CAUSES OF OBESITY	TOTAL (n=126)		OVERWEIGHT (n=59)		NORMAL-WEIGHT (n=67)		P
	NOT IMPORTANT	IMPORTANT	NOT IMPORTANT	IMPORTANT	NOT IMPORTANT	IMPORTANT	
Lack of willpower	27,8 (35)	72,2 (91)	30,5 (18)	69,5 (41)	25,4 (17)	74,6 (50)	0,521
Food addiction	4,0 (5)	96,0 (121)	3,4 (2)	96,6 (57)	4,5 (3)	95,5 (64)	^a 0,560
Physical inactivity	6,3 (8)	93,7 (118)	5,1 (3)	94,9 (56)	7,5 (5)	92,5 (62)	^a 0,432
Mood changes, leading to overeating	9,5 (12)	90,5 (114)	15,3 (9)	84,7 (50)	4,5 (3)	95,5 (64)	^a 0,390
Genetic factors	23,8 (30)	76,2 (96)	28,8 (17)	71,2 (42)	19,4 (13)	80,6 (54)	0,216
Metabolic defects	18,3 (23)	81,7 (103)	18,6 (11)	81,4 (48)	17,9 (12)	82,1 (55)	0,915
Repeated dieting (weight-cycling)	20,6 (26)	79,4 (100)	25,4 (15)	74,6 (44)	16,4 (11)	83,6 (56)	0,213
Personality	47,6 (60)	52,4 (66)	42,4 (25)	57,6 (34)	52,2 (35)	47,8 (32)	0,269
Interpersonal factors (e.g. familial/peer influence)	27 (34)	73 (92)	27,1 (16)	72,9 (43)	26,9 (18)	73,1 (49)	0,975
Eating too much of the wrong foods	4,8 (6)	95,2 (120)	3,4 (2)	96,6 (57)	6,0 (4)	94,0 (63)	^a 0,402

Data presented as relative frequency in percentage (absolute frequency, n)

^a p values from Fisher's exact test.

It was considered not important answers 1-3 and 4-6 important answers.

Table 2 - Beliefs regarding the majority of people with obesity by health professionals. Minas Gerais, Brazil (2019).

Most of the people...	TOTAL (n=126)		OVERWEIGHT (n=59)		NORMAL-WEIGHT (n=67)		P
	DISAGREE	AGREE	DISAGREE	AGREE	DISAGREE	AGREE	
With obesity feel that they are not as good as other people	54,0 (68)	46,0 (58)	47,5 (28)	52,5 (31)	59,7 (40)	40,3 (27)	0,169
With obesity are more self-conscious than other people	88,1 (111)	11,9 (15)	89,8 (53)	10,2 (6)	86,6 (58)	13,4 (9)	0,572
With normal weight would not want to marry anyone who is obese	81,0 (102)	19,0 (24)	83,1 (49)	16,9 (10)	79,1 (53)	20,9 (14)	0,573
With obesity are not dissatisfied with themselves	61,9 (78)	38,1 (48)	59,3 (35)	40,7 (24)	64,2 (43)	35,8 (24)	0,575
Feel uncomfortable when they associate with obese people	69,0 (87)	31,0 (39)	64,4 (38)	35,6 (21)	73,1 (49)	26,9 (18)	0,290
With obesity have different personalities than normal weight people	85,7 (108)	14,3 (18)	89,8 (53)	10,2 (6)	82,1 (55)	17,9 (12)	0,215
With obesity resent normal weight people	82,5 (104)	17,5 (22)	83,1 (49)	16,9 (10)	82,1 (55)	17,9 (12)	0,887

Data presented as relative frequency in percentage (absolute frequency, n)
It was considered disagree answers 1-3 and 4-6 agree.

Table 3 - Beliefs regarding people with obesity by health professionals. Minas Gerais, Brazil (2019).

Obese people...	TOTAL (n=126)		OVERWEIGHT (n=59)		NORMAL-WEIGHT (n=67)		P
	DISAGREE	AGREE	DISAGREE	AGREE	DISAGREE	AGREE	
Are as happy as normal weight people	61,9 (78)	38,1 (48)	62,7 (37)	37,3 (22)	61,2 (41)	38,8 (26)	0,861
Are usually untidy	88,9 (112)	11,1 (14)	84,7 (50)	15,3 (9)	92,5 (62)	7,5 (5)	0,165
Are usually sociable	50,0 (63)	50,0 (63)	45,8 (27)	54,2 (32)	53,7 (36)	46,3 (31)	0,372
Are just as self-confident as other people	67,5 (85)	32,5 (41)	66,1 (39)	33,9 (20)	68,7 (46)	31,3 (21)	0,760
Are often less aggressive than normal weight people	91,3 (115)	8,7 (11)	91,5 (54)	8,5 (5)	91,0 (61)	9,0 (6)	0,924
Are more emotional than other people	66,7 (84)	33,3 (42)	61 (36)	39 (23)	71,6 (48)	28,4 (19)	0,207
Should not expect to lead normal lives	92,1 (116)	7,9 (10)	93,2 (55)	6,8 (4)	91,0 (61)	9,0 (6)	^a 0,455
Are just as healthy as normal weight people	82,5 (104)	17,5 (22)	81,4 (48)	18,6 (11)	83,6 (56)	16,4 (11)	0,743
Are just as sexually attractive as normal weight people	65,1 (82)	34,9 (44)	64,4 (38)	35,6 (21)	65,7 (44)	34,3 (23)	0,882
Tend to have family problems	77,8 (98)	22,2 (28)	76,3 (45)	23,7 (14)	79,1 (53)	20,9 (14)	0,703
Workers cannot be as successful as other workers	88,9 (112)	11,1 (14)	86,4 (51)	13,6 (8)	91,0 (61)	9,0 (6)	0,412

Very few obese people are ashamed of their weight	81,0 (102)	19,0 (24)	78,0 (46)	22,0 (13)	83,6 (56)	16,4 (11)	0,423
--	------------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-------

Data presented as relative frequency in percentage (absolute frequency, n)

^a p values from Fisher's exact test.

It was considered disagree answers 1-3 and 4-6 agree.

Table 4 - Beliefs about the attitudes that individuals with obesity should have. Minas Gerais, Brazil (2019).

People who are obese in relation to themselves must ...	TOTAL (n=126)		OVERWEIGHT (n=59)		NORMAL-WEIGHT (n=67)		P
	DISAGREE	AGREE	DISAGREE	AGREE	DISAGREE	AGREE	
Make efforts to understand what causes them to be obese	16,7 (21)	83,3 (105)	13,6 (8)	86,4 (51)	19,4 (13)	80,6 (54)	0,380
Motivate themselves to lose weight	8,7 (11)	91,3 (115)	5,1 (3)	94,9 (56)	11,9 (8)	88,1 (59)	0,174
Seek professional advice and help in order to lose weight	3,2 (4)	96,8 (112)	1,7 (1)	98,3 (58)	4,5 (3)	95,5 (64)	^a 0,359
Recognize that a problem exists	5,6 (7)	94,4 (119)	3,4 (2)	96,6 (57)	7,5 (5)	92,5 (62)	^a 0,276
Recognize that being obese is a risk to their health	4,0 (5)	96,0 (121)	5,1 (3)	94,9 (56)	3,0 (2)	97,0 (65)	^a 0,440
Recognize that being obese may influence the behaviour of close others and cause them to become obese also	41,3 (52)	58,7 (74)	42,4 (25)	57,6 (34)	40,3 (27)	59,7 (40)	0,813
Recognize that being obese may have a negative effect on others	78,6 (99)	21,4 (27)	81,4 (48)	18,6 (11)	76,1 (51)	23,9 (16)	0,475

Data presented as relative frequency in percentage (absolute frequency, n)

^a p values from Fisher's exact test.

It was considered disagree answers 1-3 and 4-6 agree.

Table 5- Beliefs about other people's attitudes towards people with obesity. Minas Gerais, Brazil (2019).

Other people's beliefs about the obese person	TOTAL (n=126)		OVERWEIGHT (n=59)		NORMAL-WEIGHT (n=67)		P
	DISAGREE	AGREE	DISAGREE	AGREE	DISAGREE	AGREE	
Be left alone to be content/happy with their body size/shape	70,6 (89)	29,4 (37)	78,0 (46)	22,0 (13)	64,2 (43)	35,8 (24)	0,090
Not be subjected to social pressures to lose weight	36,5 (46)	63,5 (80)	35,6 (21)	64,4 (38)	37,3 (25)	62,7 (42)	0,841
Be accepted by others, whatever their body weight	11,1 (14)	88,9 (112)	11,9 (7)	88,1 (52)	10,4 (7)	89,6 (60)	0,801
Not be held responsible for their condition, which may be caused by a complex interaction of factors	45,2 (57)	54,8 (69)	40,7 (24)	59,3 (35)	49,3 (33)	50,7 (34)	0,335
One of the worst things that could happen to a person would be for him/her to become obese	81,0 (102)	19,0 (24)	78,0 (46)	22,0 (13)	83,6 (56)	16,4 (11)	0,423

Data presented as relative frequency in percentage (absolute frequency, n)
It was considered disagree answers 1-3 and 4-6 agree.

CONCLUSÕES GERAIS

A organização dos processos de trabalho do NASF-AB para o cuidado aos indivíduos com sobrepeso ou obesidade apresenta qualidade de regular a muito satisfatória nos municípios do estudo. Portanto, ainda existem pontos que devem ser aprimorados, no que concerne a ações de vigilância, discussões de fluxos de atendimento, implementação de ferramentas que auxiliam no cuidado, suporte familiar, coordenação do cuidado, aprimoramento do apoio matricial por meio de agenda integrada e desenvolvimento conjunto de atividades de educação permanente.

Outra fragilidade identificada no estudo quanto ao cuidado do indivíduo com sobrepeso ou obesidade, foi a presença de estigma de peso por parte dos profissionais de saúde, o que pode impactar negativamente a prática clínica e o desenvolvimento de ações que busquem monitorar e controlar essa condição.

Ainda quanto a avaliação dos processos de trabalho, a partir da análise GEE observou-se que profissionais de municípios com menor prevalência de obesidade, tiveram uma melhor avaliação quanto aos processos de trabalho, uma vez que o escore da Organização do Processo de Trabalho foi inversamente associado à prevalência de excesso de peso no município ($p=0,016$). O escore foi associado ainda à cobertura da ESF ($p<0,001$) e PIB per capita ($p=0,015$), indicando que os profissionais de municípios com maior cobertura e maior PIB per capita apresentaram melhor avaliação dessa subdimensão. O escore da subdimensão Atenção Integral foi associado ao tamanho do município ($p<0,001$), assim como no modelo bruto. Também foi associado à taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório ($<0,001$), ou seja, os profissionais de municípios que apresentavam maior taxa apresentavam também melhor avaliação da Atenção Integral. Quanto ao escore total, houve associação com o tamanho do município ($p<0,001$), na qual profissionais de municípios de grande porte também apresentaram uma melhor avaliação quanto ao escore total. Também foi associado à cobertura da ESF ($p<0,001$).

Tais achados são de extrema importância para a saúde pública, visto que a partir da identificação das fragilidades é possível pensar e propor ações corretivas, buscando uma melhor organização dos processos de trabalho, a qualificação do cuidado e consequente redução dos gastos com a obesidade. Dessa forma, a importância se expande para a comunidade, uma vez que essa melhor organização impactará em um melhor cuidado ofertado e melhores resultados em saúde.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Questionário para os profissionais do NASF		
Detalhes pessoais		
Por favor, preencha com seus dados pessoais.		
1. Sexo: () Masculino () Feminino		
2. Idade (anos):		
3. Formação Profissional:		
4. Cargo que ocupa:		
5. Tipo de serviço: Por favor, indique o tipo de serviço/local no qual você trabalha (por exemplo, serviço de atendimento de urgência, comunidade, atenção primária à saúde, outros – especificar)		
6. Tempo de atuação na atual profissão:		
7. Município:		
ORIENTAÇÃO PARA PREENCHIMENTO Para cada item circule um número, na escala de 0 a 10, a pontuação da escala que melhor represente o grau de adequação de suas práticas em relação à descrição. Considera-se que o ponto 0 (zero) indica o não cumprimento ao padrão, numa escala crescente em relação à qualidade desejada na qual 10 representa a total adequação.		
ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DO NASF PARA O CUIDADO DE INDIVÍDUOS COM SOBREPESO OU OBESIDADE Nesta subdimensão serão avaliadas as condições para organização do processo de trabalho da equipe do NASF, que está pautada nos princípios da AB e estruturada a partir das ações de apoio matricial às Equipes da Atenção Básica (EAB), em relação ao cuidado do indivíduo em condição de obesidade.		
1	A coordenação de AB/NASF estabelece mecanismos para facilitar a comunicação entre profissionais do NASF e equipes vinculadas	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Cada profissional do NASF disponibiliza seu cronograma mensal de atividades nas UBS - oferecendo informações claras sobre dias e horários em que estará presencialmente na unidade e/ou onde poderá ser encontrado quando necessário. Em contrapartida, o responsável por cada UBS também comunica ao NASF as mudanças nas ações agendadas na UBS, permitindo que a agenda destes profissionais possa ser remanejada.		
1.2	Os profissionais do NASF possuem formação	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

	complementar que os qualifica para o trabalho de cuidado ao indivíduo com sobrepeso/obesidade na AB.	
São exemplos de formação complementar: Residência Multiprofissional ou Especialização em Saúde da Família, Saúde Coletiva, Curso de atualização/aperfeiçoamento com temas referentes à atenção básica, doenças crônicas não transmissíveis ou obesidade , entre outros		
1.3	Os profissionais do NASF têm clareza sobre a estruturação de seu processo de trabalho de atendimento à grupos ou indivíduos com sobrepeso/obesidade.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
O trabalho dos profissionais do NASF deve estar pautado no apoio matricial às equipes de SF e/ou EAB, envolvendo ações de suporte assistencial e técnico-pedagógico.		
1.4	Os profissionais do NASF utilizam diferentes ferramentas na prática do apoio matricial para o atendimento à grupos ou indivíduos com sobrepeso/obesidade.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
São exemplos de ferramentas: Projeto Terapêutico Singular (PTS), Projeto de Saúde no Território, grupos operativos, terapêuticos ou de educação em saúde, genograma, ecomapa, voltados para o atendimento de casos de sobrepeso/obesidade no território.		
1.5	Os profissionais do NASF dedicam um período da semana ou quinzena para reunião de equipe NASF.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Esta reunião é utilizada para planejar, programar e avaliar ações, fluxos e modo de organizar seu processo de trabalho, além de utilizar o espaço para discussão de casos e como momento de Educação Permanente da própria equipe.		
1.5.1	Os profissionais do NASF dedicam um período das reuniões de equipe NASF conforme referido no item 3.5 para os casos de sobrepeso/obesidade.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
1.6	As ações desenvolvidas pelo NASF para os casos de sobrepeso e obesidade são discutidas e acordadas com os profissionais das equipes vinculadas	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Considerando que a atuação do NASF se fundamenta no apoio matricial às equipes vinculadas, as ações desenvolvidas por estes profissionais para os casos de sobrepeso e obesidade são discutidas com as equipes de AB.		
1.7	As agendas e ações dos profissionais do NASF quanto ao sobrepeso/obesidade são integradas e/ou complementares.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Os cronogramas de atividades, relacionadas ao sobrepeso/obesidade , de cada profissional do NASF são discutidos conjuntamente, de modo a favorecer a integração entre eles, permitindo, quando necessário, a realização de ações conjuntas e/ou complementares entre a equipe NASF tanto na atenção direta ao usuário quanto em outras ações de apoio às equipes vinculadas. Isso não significa que os profissionais do NASF tenham que atuar todos juntos e		

ao mesmo tempo sempre.		
1.8	Os profissionais do NASF organizam sua agenda contemplando sua atuação junto a todas as equipes vinculadas para cuidado do indivíduo com sobrepeso/obesidade.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Todos os profissionais do NASF garantem tempo de apoio a cada equipe vinculada, seja através de reuniões periódicas para discussão de casos individuais ou comunitários, atendimentos, grupos ou outras atividades possíveis de forma a atender todas as demandas referentes ao sobrepeso/obesidade. A periodicidade destas ações dependerá da modalidade de NASF implantada e da carga horária semanal de trabalho dos profissionais, mas deverá acontecer, no mínimo, mensalmente.		
1.9	Os profissionais do NASF possuem cronograma de atividades que contemplem as necessidades do território, da equipe de saúde e dos usuários quanto às demandas de sobrepeso/obesidade.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
1.10	Os profissionais do NASF têm conhecimento e participam de discussões sobre o processo de trabalho e a forma de organização da(s) UBS(s) para atendimento à grupos ou indivíduos com sobrepeso/obesidade.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
São exemplos: fluxos de atendimento, avaliação de risco e vulnerabilidade, marcação de consultas para equipes de SF e/ou EAB, marcação de exames especializados, grupos realizados, reuniões de equipe, ações intersetoriais, rotina de enfermagem, dentre outras ações relacionadas à sobrepeso/obesidade.		
1.11	O NASF realiza apoio ao planejamento, análise e gestão do processo de trabalho para atendimento à grupos ou indivíduos com sobrepeso/obesidade das equipes de atenção básica/saúde da família vinculadas.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
São exemplos: escuta acolhedora aos problemas trazidos pelos profissionais das equipes vinculadas, discussão de organização e construção de agendas de trabalho, auxílio à análise do funcionamento da unidade, facilitação e suporte aos processos de planejamento das atividades a serem desenvolvidas, ajuda e colaboração nas reuniões de equipe, suporte à implementação de novos serviços na UBS (tais como acolhimento), entre outros.		
1.12	Os profissionais do NASF oferecem apoio às equipes vinculadas no atendimento às situações urgentes ou imprevistas relacionadas ao sobrepeso/obesidade	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
O NASF não restringe sua atuação apenas aos casos previamente agendados e/ou discutidos, mas também atende situações urgentes ou imprevistas relacionadas ao sobrepeso/obesidade, quando necessário.		
1.13	Os profissionais do NASF conhecem a rede de atenção –	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

	serviços, instituições e aparelhos sociais para atender a demanda relacionada ao sobrepeso/obesidade.	
Articulação entre Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), escolas, hospitais, redes sociais e comunitárias (como associações de moradores).		
1.14	Os profissionais do NASF registram as ações realizadas para os casos de sobrepeso/obesidade em instrumentos comuns às EAB	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
São exemplos: prontuários e sistemas de informação vigentes.		
1.15	Os profissionais do NASF registram e monitoram as solicitações de apoio para os casos de sobrepeso/obesidade recebidas das EAB.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
São formas de apoio: atendimentos individuais ou coletivos, consultas conjuntas, discussão de casos, discussão de temas, articulação intersetorial, visitas domiciliares, construção de PTS, dentre outras demandas.		
1.16	O NASF realiza análise dinâmica e periódica de casos de sobrepeso/obesidade de seus territórios adscritos em conjunto com as equipes vinculadas.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Os profissionais do NASF realizam análise de casos de sobrepeso/obesidade nos territórios com todas as equipes vinculadas ao menos anualmente, conhecendo em ato a realidade das populações pelas quais são corresponsáveis, dando ênfase às suas características socioeconômicas, psicossociais, demográficas e epidemiológicas desses casos.		
1.17	O NASF contribui para a elaboração e atualização do diagnóstico da situação de sobrepeso/obesidade do território de cada EAB vinculada	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Os profissionais do NASF incentivam a utilização de dados de sistemas oficiais de informação e outros levantados a partir da territorialização e de sua prática com as equipes, auxiliando na identificação de problemas de saúde relacionados à sobrepeso/obesidade , bem como de situações de risco e potencialidades existentes nos territórios.		
1.18	O NASF planeja e programa ações para a área de abrangência sob sua responsabilidade sanitária abordando riscos e agravos individuais e coletivos relacionados ao sobrepeso/obesidade	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Esse planejamento e programação ocorre de forma conjunta ou combinada com as equipes apoiadas, podendo desenvolver ações intersetoriais e/ou Projetos de Saúde no Território.		
1.19	Os profissionais do NASF desenvolvem ações de promoção da saúde periodicamente no âmbito do Programa Academia da Saúde (ou similares)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
O NASF considera os polos do programa Academia da Saúde (ou similares) existentes no		

território das UBS como espaços que ampliam a capacidade de intervenção coletiva para ações de promoção da saúde e que fortalecem o protagonismo de grupos sociais em condições de vulnerabilidade na superação de sua condição e, por isso, desenvolve ações nesse âmbito periodicamente.		
1.20	O NASF participa do planejamento em saúde direcionados para grupos ou indivíduos com sobrepeso/obesidade de cada UBS vinculada.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pelo menos um profissional do NASF participa do planejamento local de ações direcionadas para grupos ou indivíduos com sobrepeso/obesidade de cada UBS vinculada, sempre que o mesmo for construído e reavaliado. Este profissional também compartilha com os demais membros da equipe do NASF o relato de sua participação e os encaminhamentos acordados.		
1.21	Os profissionais do NASF elaboram, implantam e avaliam Projeto Terapêutico Singular para indivíduos com sobrepeso/obesidade na Atenção Básica, em conjunto com as EAB.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
É realizado o acompanhamento das propostas e análise dos resultados da intervenção. O projeto é reavaliado periodicamente e conjuntamente por ambos os segmentos (equipe de referência e NASF) para a construção de novos acordos a fim de avançar para a qualificação do cuidado.		
1.22	Os profissionais do NASF oferecem apoio às equipes vinculadas para o trabalho com grupos direcionados à indivíduos com sobrepeso/obesidade	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
O apoio ocorre sempre que demandado pelas equipes ou a partir da identificação da necessidade de qualificação dos grupos já realizados, pois o saber específico de algum profissional do NASF pode auxiliar na melhoria do cuidado.		
1.23	Os profissionais do NASF oferecem apoio às equipes vinculadas para a realização de ações de educação em saúde para prevenção da obesidade	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Os profissionais do NASF oferecem apoio no planejamento, programação e/ou execução de ações de educação em saúde com abordagem problematizadora, utilizando o referencial da Educação Popular em Saúde.		
ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE		
Essa seção se refere a questões sobre a atenção integral à saúde. Essa envolve, o acolhimento, tanto da demanda programada, quanto da espontânea, em todas as fases do desenvolvimento humano (infância, adolescência, adultos e idosos), por meio de ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação. Esta subdimensão objetiva avaliar tais ações, em relação ao cuidado ao indivíduo em condição de obesidade, inclusive a resposta às demandas oriundas de outros níveis de atenção e setores da sociedade.		

1.24	Todos os profissionais do NASF realizam atendimentos domiciliares à indivíduos com sobrepeso/obesidade, sempre que necessário.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Para o NASF os atendimentos deverão ser realizados de forma programada e planejada a partir dos critérios de risco e vulnerabilidade e negociada com as equipes vinculadas, na perspectiva de complementar as práticas de cuidado		
1.25	Os profissionais do NASF realizam atendimentos individuais aos usuários com sobrepeso/obesidade de forma compartilhada com as equipes apoiadas, quando pertinente e necessário.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
1.26	Os profissionais do NASF realizam atividades assistenciais diretas aos usuários com sobrepeso/obesidade quando pertinente e necessário	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pode ser realizada de forma compartilhada ou não com outros profissionais e se dá por meio de atendimentos nas UBS, nos domicílios e grupos terapêuticos. O NASF, no entanto, não restringe sua agenda apenas para esse tipo de atividade, pois, é parte de um conjunto de outras ofertas desenvolvidas		
1.27	Os profissionais do NASF discutem periodicamente com as EAB os casos de sobrepeso/obesidade acompanhados	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Essa troca entre os profissionais se dá, preferencialmente, nos espaços de reunião, mas também pode ser realizada por meio dos registros nos prontuários e do monitoramento de listas de usuários acompanhados pelo NASF.		
1.28	Os profissionais do NASF promovem ações de Educação Permanente direcionadas para grupos e indivíduos com sobrepeso/obesidade	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Os profissionais realizam, por exemplo, momentos de atendimento em conjunto, discussão de casos, oficinas temáticas, realização de grupo em conjunto, discussões de temas relacionados com sobrepeso/obesidade . Essas ações ocorrem sistemática e periodicamente e são, na maioria das vezes, direcionadas a todos os membros da equipe vinculada.		
1.29	Os profissionais do NASF auxiliam as EAB na qualificação dos encaminhamentos de indivíduos com sobrepeso/obesidade para outros pontos de atenção.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Essa discussão envolve os casos em que há dúvidas sobre o encaminhamento e as possibilidades de resolução pela atenção básica, inclusive pelo próprio NASF. A partir disso, são estabelecidas estratégias que buscam aumentar a resolução da maioria dos problemas de saúde na AB e definir critérios e fluxos para encaminhamentos a outros níveis de atenção		
1.30	Os profissionais do NASF atuam na atenção a grupos e indivíduos com sobrepeso/obesidade considerando todas as faixas etárias e fases do ciclo de vida	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1.31	Os profissionais do NASF apoiam, realizam e desenvolvem com as equipes de AB estratégias de cuidado às pessoas com sobrepeso/obesidade.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
O desenvolvimento de estratégias inclui a adesão ao tratamento e a gestão dos casos mais complexos, tais como: múltiplas internações, dificuldade de controle da doença, complicações crônicas severas, baixa capacidade de autocuidado e ausência de rede de apoio familiar e social.		
1.32	Os profissionais do NASF incentivam e desenvolvem ações de apoio ao autocuidado e ampliação da autonomia das pessoas com sobrepeso/obesidade.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
apoio ao autocuidado inclui avaliação do grau de motivação e capacidade de cuidar-se do usuário, o suporte familiar e social, o conhecimento e o comportamento frente à doença; propõe/orienta possíveis mudanças comportamentais; estimula a pactuação de metas factíveis no plano de cuidado, considerando grau de confiança e recursos individuais para mudança de comportamento, sempre que necessário.		
1.33	Os profissionais do NASF incentivam e desenvolvem estratégias de suporte aos familiares e cuidadores de pessoas com sobrepeso/obesidade	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
As estratégias incluem a orientação para cuidado compartilhado, empoderamento da família, identificação de outros membros vulneráveis deste contexto e apoio integral para a família e cuidadores.		
1.34	Os profissionais do NASF apoiam as ações das equipes de AB relacionadas a atenção integral à saúde da criança	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Considerar situações como: crianças de alto risco ou com suspeita de problemas no crescimento e desenvolvimento (ex. dificuldades no aleitamento materno ou na alimentação complementar saudável; atraso no calendário vacinal; situação de vulnerabilidade social e/ou faltosas às consultas de puericultura). O registro na caderneta da criança, no prontuário (com espelho do cartão ou equivalente) e no sistema de informação também deve ser realizado pelos profissionais do NASF. Os profissionais do NASF devem auxiliar as equipes de AB na realização da vigilância alimentar e nutricional, na interpretação e execução dos procedimentos, bem como devem participar do planejamento das ações de saúde da criança.		
1.35	Os profissionais do NASF apoiam as ações das equipes de AB relacionadas à atenção integral à saúde da mulher.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Considerar situações que envolvem gestações de alto risco, tais como situações de agravos hipertensivos, hemorrágicos, de desvio de crescimento fetal, infecções, DST/Aids. Além disso, o NASF pode atuar no apoio às equipes frente aos agravos ginecológicos, climatério e menopausa, sexualidade e questões de gênero e condições psicossociais que acometem as mulheres em todas as fases do ciclo de vida.		
1.36	Os profissionais do NASF apoiam e desenvolvem com as	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

	equipes de AB a vigilância alimentar e nutricional, com vistas a identificação de prioridades para organização da atenção nutricional do indivíduo com sobrepeso/obesidade	
Esse apoio ocorre por meio de: qualificação e organização de coleta de dados antropométricos e de consumo alimentar; do registro das informações em prontuários, cadernetas de saúde e sistemas informatizados (SISVAN, e-SUS e/ou sistemas de informação locais); análise das informações para a tomada de decisão quanto à oferta da atenção nutricional e o monitoramento da situação alimentar e nutricional da população adscrita. A organização da VAN também inclui o acompanhamento do estado nutricional dos beneficiários de programas de transferência de renda (como Bolsa Família).		
1.37	Os profissionais do NASF apoiam e desenvolvem com as equipes de AB a atenção nutricional para grupos ou indivíduos com sobrepeso/obesidade	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
São exemplos de atividades: realização de ações de promoção da alimentação adequada e saudável e de prevenção de agravos nutricionais; construção e execução de PTS de acordo com a estratificação de risco; monitoramento junto à equipe de AB da adesão do usuário ao tratamento dietoterápico prescrito pelo nutricionista e as orientações nutricionais ofertadas pelos profissionais de saúde; acompanhamento domiciliar de usuários restritos ao leito/domicílio que estão em terapia nutricional, em especial dos usuários em uso de via alternativa de alimentação (como sonda nasogástrica, nasoentérica, gastrostomia).		
1.38	Os profissionais do NASF apoiam e desenvolvem com as equipes de AB estratégias de promoção da alimentação adequada e saudável respeitando as especificidades locais e as condições de indivíduos e coletividades.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
O apoio do NASF pode ocorrer por meio de: promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável nas consultas de pré-natal e puericultura, em grupos de gestantes e no acompanhamento pós-parto; ações junto aos escolares (ex.parceria com Programa Saúde na Escola); ações junto ao público dos polos do Programa Academia da Saúde; atividades de PAAS nos grupos operativos já desenvolvidos na UBS ou outros espaços do território; interlocução como setores responsáveis pela produção agrícola, distribuição, abastecimento e comércio local de alimentos visando o aumento do acesso a alimentos saudáveis.		
1.39	O NASF apoia as equipes de AB e/ou desenvolve estratégias de promoção das práticas corporais e de atividade física buscando a promoção da saúde e a valorização da cultura local.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
O NASF apoia as equipes de AB e/ou profissionais do Programa Academia da Saúde (ou programa similar) na oferta de práticas corporais e de atividade física no território respeitando as especificidades de cada ciclo de vida (criança, adolescente, adulto, e idoso) e		

que contribuem para a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida da população. Cria estratégias de mobilização para a prática da atividade, tais como: campanhas pedagógicas, feiras de saúde, festivais esportivos e culturais, confecção de material informativo, mapeamento da rede social no território para identificação de iniciativas de práticas corporais e artísticas diversas, entre outros.		
1.40	O NASF apoia as equipes de AB e/ou desenvolve estratégias de acompanhamento dos casos que precisam de cuidado prolongado em relação à promoção das práticas corporais e de atividade física	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nos casos identificados, o NASF referencia à Academia da Saúde ou a outro programa/serviço, mantendo-se como corresponsável pelo cuidado e desenvolvendo ações em conjunto. Orienta sobre atividade física e práticas corporais e, quando necessário, prescreve exercícios para usuários com quadros complexos, reavaliando o caso periodicamente. Solicita junto às equipes de AB exames complementares necessários à avaliação física e à prescrição de exercícios como parte do projeto terapêutico definido de acordo com a linha de cuidado		
1.41	Os profissionais do NASF apoiam a equipe e/ou utilizam as Práticas Integrativas e Complementares como forma de ampliação da abordagem clínica e de ações de prevenção e promoção da saúde.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
O NASF apoia as equipes de AB e/ou reconhece e utiliza no desenvolvimento das ações de saúde práticas definidas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. São exemplos dessas práticas: Plantas Medicinais e Fitoterapia; Homeopatia; Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura (MTC), e práticas corporais e mentais da MTC.		
1.42	O NASF contribui para a adesão ao tratamento farmacoterapêutico de pessoas portadoras de doenças crônicas relacionadas a obesidade que fazem uso contínuo de medicamentos.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Os profissionais do NASF atuam na adesão ao tratamento farmacoterapêutico a partir do contexto individual, familiar e social: capacitação/educação permanente dos profissionais para a promoção do uso racional dos medicamentos, estudos de utilização de medicamentos na atenção básica (informatização da Assistência Farmacêutica), utilização de linguagem clara e objetiva utilizada pelos profissionais para facilitar o entendimento das orientações, facilitar o acesso aos medicamentos.		
1.43	O NASF participa da discussão e pactuação sobre critérios e fluxos para atendimento dos casos de sobrepeso/obesidade na própria atenção básica, bem como para o compartilhamento dos casos com os demais pontos de atenção.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

O NASF participa da organização dos fluxos dos usuários pela rede de saúde e dá suporte às equipes nas decisões acerca dos encaminhamentos.

1.44	O NASF analisa, junto às EAB, a capacidade de manejo de psicofármacos para indivíduos com sobrepeso/obesidade e oferece suporte às equipes nessas situações.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
-------------	---	-------------------------------

A prescrição e o manejo de psicofármacos **para indivíduos com sobrepeso/obesidade** têm especificidades que, muitas vezes, exigem suporte especializado. Sempre que necessário, portanto, o NASF oferece esse suporte diretamente às equipes ou, quando não estiver ao seu alcance, o NASF articula que profissionais de outros serviços da rede (dos CAPS, por exemplo) matriciem as EAB nesse aspecto.

APÊNDICE 2

Detalhes pessoais	
Por favor, preencha com seus dados pessoais.	
1. Sexo:	() Masculino () Feminino
2. Idade:	_____ (anos)
3. Cargo:	_____
4. Tipo de serviço:	Por favor, indique o tipo de serviço/local no qual você trabalha (por exemplo, serviço de atendimento de urgência, comunidade, atenção primária à saúde, outros – especificar) _____ _____
5. Tempo de atuação na atual profissão:	_____
6. Origem étnica:	_____
7. Altura:	_____ (em metros)
8. Peso:	_____ (em kg)

Seção 1 – Crenças sobre as causas de obesidade

Esta sessão é sobre os fatores que você acha que levam uma pessoa a ser **obesa** (IMC 30 ou mais). Após cada fator listado abaixo, indique o quanto você acha que ele é importante para determinar se uma pessoa é **obesa** ou não.

Para cada afirmativa circule um número de 1 a 6, considerando o 1 como não importante e o 6 como extremamente importante. Por exemplo, se você acha que personalidade é um fator extremamente importante, circule o número 6 ao lado da afirmativa. **Favor não deixar nenhuma opção em branco.**

	Não importante 1	2	3	4	5	Extremamente importante 6
Falta de força de vontade	1	2	3	4	5	6
Vícios alimentares	1	2	3	4	5	6
Inatividade física	1	2	3	4	5	6

Mudanças de humor, levando ao consumo excessivo de alimentos	1	2	3	4	5	6
Fatores genéticos	1	2	3	4	5	6
Defeitos metabólicos	1	2	3	4	5	6
Fazer dietas repetidamente (Ciclagem de peso - processo repetido de perder intencionalmente e depois recuperar o peso)	1	2	3	4	5	6
Personalidade	1	2	3	4	5	6
Fatores interpessoais (influência da família/de pares)	1	2	3	4	5	6
Comer demais de alimentos errados	1	2	3	4	5	6

Seção 2 - Crenças sobre pessoas obesas

Esta seção tem como objetivo estabelecer seus pensamentos sobre a pessoa **obesa**. Para cada uma das seguintes afirmações abaixo, indique o quanto você concorda ou discorda.

Para cada afirmativa circule um número de 1 a 6, considerando o 1 como discordo fortemente e o 6 como concordo fortemente. Por exemplo, se você concorda que pessoas obesas são geralmente sociáveis, circule o número 6 ao lado da afirmativa. **Por favor, não deixe nenhum espaço em branco.**

	Discordo Fortemente					Concordo Fortemente
	1	2	3	4	5	6

As pessoas obesas são tão felizes quanto as pessoas com peso normal	1	2	3	4	5	6
A maioria das pessoas obesas sente que não é tão boa quanto as outras pessoas	1	2	3	4	5	6
A maioria das pessoas obesas é mais autoconsciente do que as outras pessoas	1	2	3	4	5	6
Trabalhadores obesos não podem ser tão bem-sucedidos quanto outros trabalhadores	1	2	3	4	5	6
A maioria das pessoas com peso normal não gostaria de se casar com alguém que é obeso	1	2	3	4	5	6
Pessoas obesas geralmente são desarrumadas	1	2	3	4	5	6
Pessoas obesas são geralmente sociáveis	1	2	3	4	5	6
A maioria das pessoas obesas não está insatisfeita consigo mesma	1	2	3	4	5	6
Pessoas obesas são tão autoconfiantes quanto as outras pessoas	1	2	3	4	5	6
A maioria das pessoas	1	2	3	4	5	6

se sente desconfortável quando se associa a pessoas obesas						
Pessoas obesas geralmente são menos agressivas que as pessoas com peso normal	1	2	3	4	5	6
A maioria das pessoas obesas tem personalidades diferentes das pessoas com peso normal	1	2	3	4	5	6
Pouquíssimas pessoas obesas têm vergonha de seu peso	1	2	3	4	5	6
A maioria das pessoas obesas se ressentem com pessoas com peso normal	1	2	3	4	5	6
Pessoas obesas são mais emocionais que outras pessoas	1	2	3	4	5	6
Pessoas obesas não devem ter a expectativa de levar uma vida normal	1	2	3	4	5	6
Pessoas obesas são tão saudáveis quanto pessoas com peso normal	1	2	3	4	5	6
Pessoas obesas são tão sexualmente atraentes	1	2	3	4	5	6

quanto pessoas com peso normal						
Pessoas obesas tendem a ter problemas familiares	1	2	3	4	5	6
Uma das piores coisas que poderiam acontecer a uma pessoa seria que ela/ele se tornasse obesa/o	1	2	3	4	5	6
Pessoas obesas devem...						
... fazer esforços para entender o que os leva a ser obesos	1	2	3	4	5	6
... motivar-se a perder peso	1	2	3	4	5	6
... procurar aconselhamento profissional e ajuda para perder peso	1	2	3	4	5	6
... reconhecer que existe um problema	1	2	3	4	5	6
... reconhecer que ser obeso é um risco para a saúde	1	2	3	4	5	6
... reconhecer que ser obeso pode influenciar o comportamento de outras pessoas próximas e fazer com que elas também fiquem obesas	1	2	3	4	5	6
... ser deixadas em paz	1	2	3	4	5	6

para serem contentes / felizes com o tamanho / forma do corpo						
... reconhecer que ser obeso pode ter um efeito negativo sobre os outros	1	2	3	4	5	6
... não ser submetidas a pressões sociais para perder peso	1	2	3	4	5	6
... ser aceitas por outros, independentemente do seu peso corporal	1	2	3	4	5	6
... não ser responsabilizadas por sua condição, que pode ser causada por uma complexa interação de fatores	1	2	3	4	5	6

Obrigado por completar este questionário!

APÊNDICE 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa *Construção da rede de atenção nutricional para enfrentamento da obesidade em Minas Gerais*, patrocinado pelo Ministério da Saúde e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), cujo objetivo é desenvolver ações de diagnóstico, formação, gestão, avaliação e monitoramento que propiciem a construção da rede de atenção nutricional para controle da obesidade em Minas Gerais.

O motivo que nos leva a estudar esse tema é a necessidade e importância da formação e capacitação de gestores e profissionais de saúde, com habilidades e atitudes para atuar sobre problemas complexos e situações reais relacionadas ao processo saúde-doença-adoecimento no âmbito da Atenção Básica, como a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição através de um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas. Este estudo será desenvolvido em parceria entre a Universidade Federal de Viçosa, a Universidade Federal de Lavras, a Universidade Federal de Alfenas e a Universidade Federal de Uberlândia.

Caso concorde em participar, o Sr.(a) participará da capacitação para profissionais de saúde, composta por 05 encontros de formação presenciais (40h) e 4 meses de atividade de formação teórico-prática em ambiente virtual. As atividades de monitoramento e avaliação serão realizadas mediante reuniões semipresenciais, encontros presenciais, aplicação de questionários.

Quanto aos riscos do estudo, se porventura o Sr.(a) se sinta constrangido com alguma questão que lhe seja feita diretamente ou com alguma atividade dessas oficinas, poderá se negar a responder ou participar, sem nenhum prejuízo. Para minimizar qualquer desconforto ou constrangimento, as instruções para preenchimento serão dadas por profissional qualificado. As oficinas serão agendadas previamente de acordo com sua disponibilidade.

Em relação aos benefícios, ao final do estudo o Sr.(a) receberá avaliação diagnóstica do seu município em relação à rede de atenção nutricional, bem como formação para elaboração de estratégias resolutivas no enfrentamento da obesidade, de acordo com os pressupostos teóricos e práticas preconizado pelo Ministério da Saúde.

Para participar deste estudo o Sr.(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito à indenização. O Sr.(a) tem garantida plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem necessidade de comunicado prévio. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr.(a) é atendido(a) pelo pesquisador. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. O(A) Sr.(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Seu nome ou o material que indique sua participação não serão liberados sem a sua permissão.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, no Departamento de Nutrição e Saúde (UFV) a outra será fornecida ao Sr.(a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 10 (dez) anos após o término da pesquisa, e depois desse tempo, os mesmos serão destruídos. Firmamos o compromisso de que os seus dados serão utilizados, apenas, para fins da pesquisa e divulgados, somente, em eventos e periódicos científicos.

Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo e confidencialidade, atendendo à legislação brasileira, em especial, à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e utilizarão as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, contato _____, fui informado(a) dos objetivos da pesquisa “*Construção da rede de atenção nutricional para enfrentamento da obesidade em Minas Gerais*” de maneira clara e detalhada, e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar do estudo e com a utilização das amostras coletadas em projetos futuros do estudo. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas.

Pesquisadores Responsáveis:

Profª. Dra. Helen Hermana M. Hermsdorff

Endereço: Departamento de Nutrição e Saúde – DNS/UFV

E-mail: helenhermana@ufv.br

Profª. Dra. Fernanda de Carvalho Vidigal

Endereço: Faculdade de Nutrição - UNIFAL

E-mail: fcvidigal@yahoo.com.br

Profª. Dra. Luciana Saraiva da Silva

Endereço: Faculdade de Medicina – UFU

E-mail: lucianassnut@gmail.com

Prof. Dr. Túlio Junqueira da Silva

Endereço: Departamento de Ciências da Saúde – DSA/UFLA

E-mail: tuliojunqueira@gmail.com

Em caso de discordância ou irregularidades sob o aspecto ético desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP/UFV – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

Universidade Federal de Viçosa

Edifício Arthur Bernardes, piso inferior

Av. PH Rolfs, s/n – Campus Universitário

Cep: 36570-900 Viçosa/MG

Telefone: (31)3899-2492

E-mail: cep@ufv.br

www.cep.ufv.br

Viçosa, ____ de _____ de 20__.

Voluntário

Pesquisador

ANEXO 1

 Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos Universidade Federal de Viçosa	UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA - UFV									
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP										
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA Título da Pesquisa: CONSTRUÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO NUTRICIONAL PARA ENFRENTAMENTO DA OBESIDADE EM MINAS GERAIS Pesquisador: HELEN HERMANA MIRANDA HERMSDORFF Área Temática: Versão: 3 CAAE: 03092118.4.1001.5153 Instituição Proponente: Departamento de Nutrição e Saúde Patrocinador Principal: CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO-CNPQ DADOS DO PARECER Número do Parecer: 3.445.194 Apresentação do Projeto: O presente protocolo foi enquadrado como pertencente à Área Temática: Ciências da Saúde Conforme resumo apresentado no formulário online da Plataforma: Este projeto, a ser executado em 24 meses, contemplará 58 Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) de 60 municípios, situados nas localidades de 04 instituições Federais de Ensino Superior (IFES) no estado de Minas Gerais: UFV, campus Viçosa, UNIFAL, UFLA e UFU. A população beneficiada indiretamente são 2.905.166 habitantes. Para sua execução contará com uma equipe de 10-20 bolsistas estudantes de graduação, 4-10 estudantes de pós-graduação/ profissionais de nível superior e 27 professores de IFES do projeto. O diagnóstico da organização da gestão e da atenção nutricional nos municípios será realizado a partir de instrumento pré-elaborado pelo Ministério da Saúde, o qual será apresentado durante a realização do seminário Marco Zero, conforme edital CNPq/MS/SAS/DAB/CGA nº 26/2018. Para a formação e qualificação de gestores e profissionais de saúde, serão desenvolvidas as seguintes etapas: planejamento e capacitação das equipes, diagnóstico situacional, elaboração dos materiais e ações educativas, execução dessas ações e monitoramento e avaliação. A atividade de formação de gestores de saúde (160 vagas) será composta por 04 encontros presenciais de monitoramento e formação (40 h) e 12 h de formação teórica à distância em ambiente virtual. A principal atividade do grupo de gestores será a										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="font-size: x-small;">Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes</td> </tr> <tr> <td style="font-size: x-small;">Bairro: Campus Universitário</td> <td style="font-size: x-small;">CEP: 38.570-900</td> </tr> <tr> <td style="font-size: x-small;">UF: MG</td> <td style="font-size: x-small;">Município: VIÇOSA</td> </tr> <tr> <td style="font-size: x-small;">Telefone: (31)3899-2492</td> <td style="font-size: x-small;">E-mail: cep@ufv.br</td> </tr> </table>			Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes		Bairro: Campus Universitário	CEP: 38.570-900	UF: MG	Município: VIÇOSA	Telefone: (31)3899-2492	E-mail: cep@ufv.br
Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes										
Bairro: Campus Universitário	CEP: 38.570-900									
UF: MG	Município: VIÇOSA									
Telefone: (31)3899-2492	E-mail: cep@ufv.br									



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
VIÇOSA - UFV



Continuação do Parecer: 3.445.194

elaboração de um projeto para a construção de rede de atenção nutricional de seu município apresentando o diagnóstico, o planejamento estratégico e o projeto final. Por sua vez, as ações de formação (objetivo de aprendizagem) para os profissionais de saúde têm como objetivo elaborar um projeto na linha de cuidado para atenção integral a saúde de indivíduos e grupos para prevenção e tratamento da obesidade de acordo com pressupostos teóricos e práticos preconizados pelo Ministério da Saúde. O curso de formação semipresencial para os profissionais de saúde (240 vagas) será organizado em 05 encontros presenciais práticos (40 h) de formação e 04 meses de atividade de formação teórico-prática em ambiente virtual. As atividades de monitoramento e avaliação serão realizadas mediante reuniões semipresenciais, encontros presenciais, aplicação de questionários. Dentre as estratégias de difusão científica planejadas no presente projeto, destacam-se publicação de artigos e apresentação de trabalhos em eventos científicos; elaboração de um vídeo em parceria com a CEAD-UFV e organização e realização de workshop para trocas de experiências entre municípios e regiões de saúde e avaliação global dos resultados obtidos no projeto.

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com os pesquisadores,

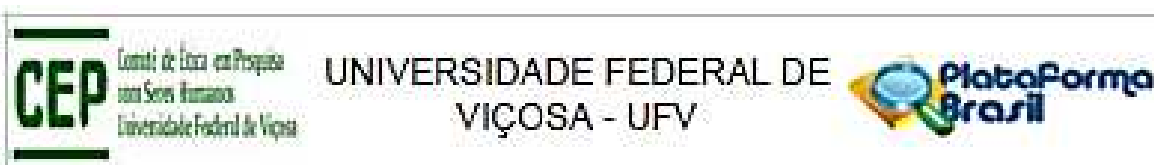
Objetivo Primário:

Desenvolver ações de diagnóstico, formação, gestão, avaliação e monitoramento que propiciem a construção da rede de atenção nutricional para controle da obesidade em Minas Gerais

Objetivo Secundário:

- Realizar diagnóstico da organização da gestão e da atenção nutricional nos municípios, a partir de instrumento pré-elaborado pelo Ministério da Saúde;
- Desenvolver estratégias efetivas, ativas e inovadoras de formação de trabalhadores de saúde e de gestores em promoção da alimentação adequada e saudável em regiões polo das instituições mineiras envolvidas para prevenção e tratamento da obesidade;
- Elaborar materiais educativos de formação e qualificação profissional de trabalhadores em serviço de promoção de saúde, prevenção, tratamento e controle da obesidade;
- Construir uma linha de cuidado nutricional para prevenção, tratamento e controle da obesidade de acordo com a realidade local;
- Desenvolver pesquisa(s) avaliativa(s) e de monitoramento das ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde para o manejo da obesidade e por gestores para o fortalecimento da PNAN;

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes
Bairro: Campus Universitário CEP: 36.570-900
UF: MG Município: VIÇOSA
Telefone: (31)3809-2402 E-mail: cep@ufv.br



Continuação do Parecer: 3.445.194

- Realizar um conjunto de ações para a democratização do conhecimento junto à sociedade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores apresentam no formulário online da Plataforma os seguintes Riscos:

Caso os participantes se sintam constrangidos com alguma questão que seja feita diretamente ou com alguma atividade, poderão se recusar a responder ou participar, sem nenhum prejuízo. Para minimizar qualquer desconforto ou constrangimento, as instruções para preenchimento serão dadas por profissional qualificado. Além disso, os encontros serão agendados previamente de acordo com sua disponibilidade.

e os seguintes Benefícios:

Os gestores e profissionais de saúde receberão avaliação diagnóstica do seu município em relação à rede de atenção nutricional, bem como formação para elaboração de estratégias resolutivas no enfrentamento da obesidade, de acordo com os pressupostos teóricos e práticas preconizado pelo Ministério da Saúde.

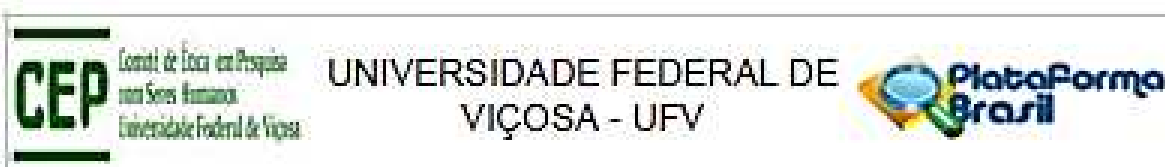
Avaliação:

Adequadamente descritos

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os pesquisadores propõem a elaboração de uma rede de atenção nutricional do município apresentando o diagnóstico, o planejamento estratégico e o projeto final, onde cada etapa será construída conjuntamente com os tutores da formação. O processo de avaliação e monitoramento será realizado utilizando de ferramentas online a distância e também de atividades presenciais e inovadoras (formulário de competências - conhecimento, habilidades e atitudes). A proposta de avaliação é formativa, contínua e processual, fomentando no gestor/profissional de saúde um movimento de buscas e reflexões e concedendo a possibilidade de refazer e reconstruir seu processo de aprendizagem. A metodologia proposta também prevê o acompanhamento e avaliação dos resultados obtidos nos cursos e nas reuniões. Esse acompanhamento será concretizado por meio da participação das reuniões mensais e através da aplicação e tabulação de questionários. Após a tabulação, a atividade irá compor os relatórios de avaliação, sobre a participação, que auxiliarão no controle dos resultados

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes
 Bairro: Campus Universitário CEP: 36.570-900
 UF: MG Município: VIÇOSA
 Telefone: (31)3899-2402 E-mail: cep@ufv.br



Continuação do Parecer: 3.445.194

alcançados. Serão desenvolvidas pesquisas avaliativas e de monitoramento das ações elaboradas pelos profissionais de saúde e gestores para o manejo da obesidade e por gestores para o fortalecimento da PNAN a partir das informações dos serviços e das ações desenvolvidas, por meio de instrumentos e ferramentas sugeridos pelo Ministério da Saúde, e das informações geradas pelos sistemas de informação da atenção básica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Considerações sobre os documentos apresentados pelo pesquisador:

1. Formulário online - Plataforma Brasil (PB):

2. Projeto: Adequado

3. Cronograma: Adequado

4. Folha de rosto: Adequada

5. Autorização: Anexadas

6. Roteiro dos encontros: Apresentado

Recomendações:

Quando da coleta de dados, o TCLE deve ser elaborado em duas vias, rubricado em todas as suas páginas e assinado, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa ou responsável legal, bem como pelo pesquisador responsável, ou pessoa(s) por ele delegada(s), devendo todas as assinaturas constar na mesma folha.

Não é necessário apresentar os TCLEs assinados ao CEP/UFV. Uma via deve ser mantida em arquivo pelo pesquisador e a outra é do participante da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ao término da pesquisa é necessário apresentar, via notificação, o Relatório Final (modelo disponível no site www.cep.ufv.br). Após ser emitido o Parecer Consubstanciado de aprovação do Relatório Final, deve ser encaminhado, via notificação, o Comunicado de Término dos Estudos para encerramento de todo o protocolo na Plataforma Brasil.

Projeto aprovado autorizando o início da coleta de dados com os seres humanos a partir da data de emissão deste parecer.

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes
 Bairro: Campus Universitário CEP: 36.570-000
 UF: MG Município: VIÇOSA
 Telefone: (31)3809-2402 E-mail: cep@ufv.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
VIÇOSA - UFV

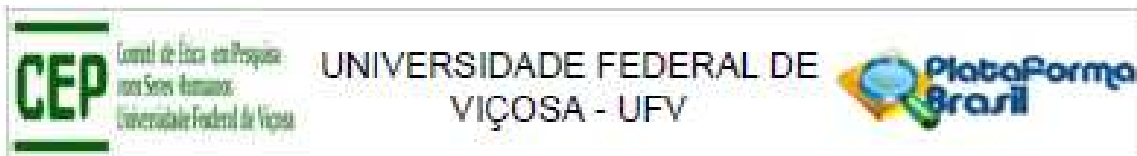


Continuação do Parecer: 3.445.124

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMATIONES_BASICAS_DO_PROJETO_1257097.pdf	05/07/2019 14:15:58		Acelto
Outros	CartaResposta.doc	05/07/2019 14:10:41	HELEN HERMANA MIRANDA HERMSDORFF	Acelto
Outros	EncontrosPresenciais_modificado.docx	05/07/2019 14:09:13	HELEN HERMANA MIRANDA HERMSDORFF	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_modificado.docx	05/07/2019 14:02:49	HELEN HERMANA MIRANDA HERMSDORFF	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado.doc	05/07/2019 14:02:15	HELEN HERMANA MIRANDA HERMSDORFF	Acelto
Outros	EncontrosPresenciais.docx	07/06/2019 17:37:27	HELEN HERMANA MIRANDA HERMSDORFF	Acelto
Outros	cartaPendencia.docx	07/06/2019 17:34:49	HELEN HERMANA MIRANDA HERMSDORFF	Acelto
Outros	InstrumentosAvaliacao.pdf	07/06/2019 14:05:46	HELEN HERMANA MIRANDA HERMSDORFF	Acelto
Outros	TermosReunidosUFVUberlandia.pdf	07/06/2019 14:03:28	HELEN HERMANA MIRANDA HERMSDORFF	Acelto
Outros	TermosAlfenas.pdf	07/06/2019 13:59:33	HELEN HERMANA MIRANDA HERMSDORFF	Acelto
Outros	TermosReunidosLavras.pdf	07/06/2019 13:57:19	HELEN HERMANA MIRANDA HERMSDORFF	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_mod.doc	07/06/2019 13:50:30	HELEN HERMANA MIRANDA HERMSDORFF	Acelto
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	20/11/2018 08:50:00	HELEN HERMANA MIRANDA HERMSDORFF	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	16/11/2018 00:25:44	HELEN HERMANA MIRANDA HERMSDORFF	Acelto

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes
Bairro: Campus Universitário CEP: 36.570-900
UF: MG Município: VIÇOSA
Telefone: (31)3899-2492 E-mail: cep@ufv.br



Continuação do Parecer 3-445/194

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VICOSA, 09 de Julho de 2019

Assinado por:

Marta da Conceição Aparecida Pereira Zolnier
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes
Bairro: Campus Universitário CEP: 36.570-900
UF: MG Município: VICOSA
Telefone: (31)3809-2402 E-mail: cep@ufv.br