

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Ana Aparecida de Souza Santana Gonçalves

**Experiências de profissionais de saúde da rede pública  
que atuam na assistência da criança e adolescente obesa  
na cidade de São Paulo-SP**

SANTOS - SP  
2018

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Ana Aparecida de Souza Santana Gonçalves

**Experiências de profissionais de saúde da rede pública  
que atuam na assistência da criança e adolescente obesa  
na cidade de São Paulo-SP**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Senso* em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Saúde, Ambiente e Mudanças Sociais

Orientadora: Profa. Dra. Carolina Luísa Alves Barbieri

SANTOS - SP

2018

Dados Internacionais de Catalogação  
Departamento de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos

---

G635e      Gonçalves, Ana Aparecida de Souza Santana.  
Experiências de profissionais de saúde da rede pública que atuam na assistência da  
criança e adolescente obesa na cidade de São Paulo-SP. - / Ana Aparecida de  
Souza Santana Gonçalves; orientadora Carolina Luísa Alves Barbieri. -  
2018.

123 f.; 30 cm

Dissertação (mestrado) - Universidade Católica de Santos, Programa de  
Mestrado em Saúde Coletiva.

Bibliografia:

1. Obesidade infantil. 2. Níveis de atenção à saúde. 3. Equipe de saúde. 4.  
Diretrizes para o planejamento em saúde. 5. Ação intersetorial. I. Barbieri,  
Carolina Luísa Alves. II. Universidade Católica de Santos. III. Título.

CDU 1997 - 614(043.3)

Ana Aparecida de Souza Santana Gonçalves

**Experiências de profissionais de saúde da rede pública  
que atuam na assistência da criança e adolescente obesa  
na cidade de São Paulo-SP**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Saúde, Ambiente e Mudanças Sociais

Orientadora: Profa. Dra. Carolina Luísa Alves Barbieri

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Carolina Luísa Alves Barbieri

---

Profa. Dra. Eliana Miura Zucchi

---

Profa. Dra. Oziris Simões

Data da aprovação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

SANTOS

2018

---

## *Dedicatória*

*A Deus, por ser esta energia proveniente de algum lugar deste mundo desconhecido que me manteve de cabeça erguida e me apontou caminhos e soluções nas horas mais difíceis.*

*Ao meu filho, Walter Gonzalez Filho, que com carinho e apoio, me fortaleceu, possibilitando que eu vencesse esta batalha da minha vida. E, por estar comigo, fazendo minha vida mais feliz e completa.*

*A minha prima Denise Ventura dos Santos, que no decorrer deste percurso, longo e complexo, cheio de altos e baixos e pedras no caminho, com sua inteligência emocional, me deu muita força, por meio de suas sábias palavras.*

*A minha orientadora Carolina Luisa Alves Barbieri, por ter me acolhido nos momentos de maior turbulência, compreendendo as circunstâncias e me mostrando soluções.*

---

---

## Agradecimentos

A **Universidade Católica de Santos – UNISANTOS**, pela contribuição em minha formação acadêmica.

A **todo corpo docente** do Programa de Pós-Graduação *Stricto Senso* em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos.

A **todos os colaboradores dos ambulatórios de Filantropia (ultrassom, mastologia, em especial, a pediatria)**, sem exceção, por terem, cada um do seu jeito me incentivado.

Aos profissionais da pediatria, **Dra Martha Maria Ferraz de Mattos, Harumi Nemoto Kaihami, Mônica Venturinelí Ferreira**, especialistas em obesidade infantil, pelo apoio no desenvolvimento desta pesquisa.

As **equipes médicas, multidisciplinar e, especialmente, minha equipe de enfermagem**, pelo apoio e carinho.

A **Dra Marina Emiko Ivamoto Petlik**, pelo “ponta pé” inicial, me encorajando para o desafio.

A **diretoria de Senhoras do Hospital Sírio Libanês**, em especial dona **Edith Jafet Cestari**, pelo carinho e apoio para eu encarar o desafio.

A coordenadora do ambulatório, minha gestora, **Elizabete Martini Akamine**, pela paciência e contribuição com meu desenvolvimento profissional.

As enfermeiras **Elaine Maciel Almirante e Érika Moreti Campitelli**, que por diversas vezes, seguraram o plantão sozinhas enquanto eu me ausentava para cumprir com minhas tarefas na universidade.

Agradecimento especial para aqueles que me ajudaram, com muito carinho e paciência, fazer as transcrições das entrevistas: **Andrea Cristina Cardoso, Bruna Zani Garcia, Nayara Alves Miura, Talita Balbino de Freitas** e os filhos da minha prima Denise, são eles: **Gustavo Ventura Gomes dos Santos e Guilherme Ventura Gomes dos Santos**.

A bibliotecária **Rita de Cassia Ortega Borges**, por ter realizado a revisão do material e das referências bibliográficas.

Ao meu filho **Walter Gonzalez Filho**, por ter realizado a tradução do resumo para o inglês e revisão do texto.

---

---

*“Tudo posso naquele que me fortalece”*  
*Filipenses 4:13*

*“A cor mais bonita que uma pessoa pode ter é a*  
*transparência”*  
*(autor desconhecido)*

---

---

## RESUMO

A obesidade na criança e adolescente é uma doença crônica, epidêmica, de alta prevalência, multicausal e de complexa abordagem a qual envolve vários profissionais de saúde. Muitas pesquisas apontam para as dificuldades no enfrentamento da doença, no entanto, raros discorrem sobre as experiências dos profissionais de saúde que atuam no serviço público prestando cuidados a essas crianças e adolescentes, sobretudo a respeito das práticas e desafios enfrentados por eles durante o manejo desta doença nos diversos componentes de saúde. Este estudo buscou compreender, na perspectiva dos profissionais de saúde, como estes percebem suas práticas e respectivos desafios na assistência a esse público no serviço e entre os componentes de saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, mediante entrevista semiestruturada com profissionais de saúde que atuam no SUS na assistência com obesidade na criança e no adolescente de duas regiões da cidade de São Paulo. A captação da população foi por intermédio de indicação em bola de neve, de forma que contemplasse diversidades entre às formações profissionais, bem como à atuação nos diferentes componentes de atenção. Para a composição final da população deste estudo foi usado o critério de saturação teórica e o percurso analítico foi norteado pela análise de conteúdo temático. A captação encerrou-se com 16 profissionais, sendo 5 da atenção primária, 4 da secundária, 6 da terciária e um gestor da rede. Eles revelaram que as relações de trabalho com a equipe multiprofissional do respectivo serviço são positivas; o manejo da obesidade em crianças e adolescentes é complexo e desafiador pois o sistema de saúde apresenta problemas e não funciona na sua plenitude; quanto ao conhecimento sobre diretrizes que contemple a obesidade neste público, a maioria disse desconhecer e despontaram que suas atividades são baseadas em normas da instituição onde atuam assim como em suas práticas; a maioria não se articulava adequadamente entre os diferentes componentes de saúde; revelaram falhas no fluxo de referência e contra referência; disseram haver lacunas nos registros pois, as informações referentes a saúde do paciente não são integradas entre os diversos componentes de saúde; os profissionais não perceberam diferenças nas atribuições e competências por nível de atenção. Concluiu-se, a partir da prática e percepção desses profissionais de saúde, que eles enfrentam muitas adversidades os quais, por vezes, interferem em suas práticas gerando serviços nem sempre com a qualidade e articulação desejadas. Há diversidade de materiais e instrumentos norteadores para o manejo da obesidade, mas, poucos deixam claro condutas e fluxos que deverão ser seguidos, pois, são genéricas e não consideram as singularidades da criança e do adolescente.

**Palavras-chaves:** obesidade infantil, níveis de atenção à saúde, equipe de saúde, diretrizes para o planejamento em saúde, ação intersetorial.

---

---

## ABSTRACT

Child and teenage obesity is a chronic, epidemic, high prevalence, multicausal and hard to approach disease, which involves multiple health professionals. Many researches show difficulties in facing the disease, but very few discourse on the experiences of the health professionals that work on the public service taking care of these youngsters, especially about the practices and challenges faced by them during the management of this disease in the different components of healthcare. This study aims to comprehend, through the perspective of the health professionals, how they perceive their practices and the respective challenges in the assistance to this public in the health system and in its components of care. This is a qualitative research, conceived through semi structured interview with health professionals that act in SUS in the assistance of obese children and teenagers in two regions of São Paulo. The captation of the population was fulfilled by means of snowball indication, in such a way that it included diversity of professional formation and fields of actuation. To the final composition of the population, it was used the theoretical saturation criteria and the analytical path was guided by means of thematic content. The captation finished with 16 professionals, being 5 from the primary care, 4 from the secondary, 6 from the tertiary and one network manager. They revealed positive work relationships with the multiprofessional team of their respective level of care; the management of obesity in children and teenagers is complex and challenging because the health system presents problems and doesn't work in its plenitude; regarding the awareness of the guidelines that cover obesity in this public, most of them declared not to have knowledge and pointed that their activities and practices are based on the norms of the institutions they work at; most didn't articulate well between the different components of healthcare, revealing reference/counter reference flow failures and gaps in the records due to the non integration of the patient's information about their health among the different levels of healthcare; the professionals didn't point differences between the attributions and competences of different levels of care. It was then concluded, from the practices and perceptions of these health professionals that act on the public network in the treatment of obese children and teenagers, that they face many adversities that, sometimes, interfere with their practices, resulting in services that may not reach the desired quality and articulation. There is a wide range of materials and instruments that guide the handling of obesity, but few are clear on the conducts and flows to be taken with obese children and teenagers as they are generic and don't consider the particularities of this public.

**Keywords:** pediatric obesity, health care levels, patient care team, health planning guidelines, intersectoral collaboration.

---

---

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mudança dos sistemas piramidais e hierárquico para redes de atenção à saúde .....	28
Figura 2 - Pontos de Atenção na Rede de atenção às Pessoas com Doenças Crônicas .....	30
Figura 3: Captação dos participantes, por indicação em “bola de neve”, respeitando diversidade profissional e pontos de atenção à saúde, Município de São Paulo, 2017-2018 .....	39
Figura 4 – Categoria analítica e respectivos temas centrais da categoria empírica extraída dos participantes, Município de São Paulo, 2017-2018 .....	47
Figura 5: Relação entre as Práticas Assistenciais com crianças e adolescentes obesas e as diretrizes, embasado por meio da análise das respostas dos entrevistados, Município de São Paulo, 2017-2018 .....	77
Figura 6: Relação entre a Prática Assistencial e as dimensões da Rede de Atenção à Saúde, embasado na análise das respostas dos entrevistados, Município de São Paulo, 2017-2018 .....	93

---

---

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação de estado nutricional para crianças menores de 5 anos para cada índice antropométrico, segundo recomendações do SISVAN (BRASIL, 2011b) .....	19
Quadro 2 – Classificação do estado nutricional para crianças de 5 a 10 anos para cada índice antropométrico, segundo recomendações do SISVAN (BRASIL, 2011b) .....	20
Quadro 3: Caracterização dos participantes por idade, sexo, tempo de atuação com crianças e adolescentes obesas, formação, especialidades e componente de atenção à saúde, Município de São Paulo, 2017-2018.....	44
Quadro 4: Categorização dos temas embasado na análise dos depoimentos dos entrevistados, Município de São Paulo, 2017-2018 .....	46

---

---

## SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO .....	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO .....	17
2.1 Obesidade da criança e do adolescente .....	17
2.2 As Redes de Atenção à Saúde .....	25
2.3 Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade.....	31
3 JUSTIFICATIVA .....	34
4 HIPÓTESE .....	35
5 OBJETIVOS .....	36
5.1 Objetivo geral .....	36
5.2 Objetivos específicos .....	36
6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	37
6.1 Tipo de estudo .....	37
6.2 Participantes e local da pesquisa.....	38
6.3 Entrevista semiestruturada .....	41
6.4 Processo de análise.....	41
6.5 Considerações éticas.....	43
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	44
7.1 Caracterização dos participantes .....	44
7.2 Análise dos resultados .....	46
7.2.1 Práticas assistenciais.....	47
7.2.2 Relação entre as práticas assistenciais com crianças e adolescentes obesas e as Leis e diretrizes .....	77
7.2.3 Relação entre a prática assistencial e as dimensões da Rede de Atenção à Saúde .....	92

---

---

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	109
REFERÊNCIAS .....	111
APÊNDICE A - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL .....	120
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO .....	122
APÊNDICE C - PARECER CONSUBSTANCIADO .....	124

---

## 1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, diversos estudos epidemiológicos têm mostrado que a obesidade é uma doença prevalente que acomete tanto crianças e adolescentes quanto adultos sem distinção de classe social ou país, embora pesquisas revelem que há maior prevalência de obesos em populações com maior grau de pobreza, abrangendo países em desenvolvimento, o que é justificado pela maior disponibilidade de alimentos de menor custo que tem, contudo, aporte calórico maior (ABESO, 2016; COUTINHO, 1999).

A obesidade é reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um dos mais graves problemas de Saúde Pública no mundo, considerada uma enfermidade epidêmica do século XXI, prevalente e de etiologia complexa e multifatorial (WHO, 2000).

O cenário epidemiológico da obesidade na criança e no adolescente, apesar de suas especificidades, não é diferente quando comparado com o adulto. A Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO), OMS e demais estudos de abordagem quantitativa exibem resultados preocupantes delineando o panorama epidemiológico negativo sobre esse público e tem como um dos fatores de risco a redução das atividades físicas e o aumento da ingestão de alimentos calóricos (ABESO, 2009, 2016; WHO, 2014). Tojo e Leis-Trabazo (2002) em seu estudo, abordaram que é um problema de saúde pública e emergente em pediatria.

A obesidade é considerada como Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) e as crianças e adolescentes obesas, assim como os adultos, se não tratadas, apresentarão em algum momento de sua vida outras DCNT associadas, tais como: hipertensão, resistência à insulina, diabetes, problemas cardiovasculares, ou ainda distúrbios relacionados as doenças gastrointestinais, esteatose hepática, dentre outros. Além disso, poderão desenvolver problemas psicológicos decorrentes da obesidade, embora os distúrbios psicológicos possam também ser a causa (ABESO, 2009, 2016; COUTINHO, 1999; WHO, 2014).

O Brasil, nos últimos anos, tem elaborado políticas para controle das DCNT's organizando intervenções de promoção de saúde para redução dos fatores de risco

---

e melhorias na atenção à saúde. Em 2011 o Ministério da Saúde lançou o “Plano de Ações Estratégicas para enfrentamento das doenças Crônicas Não Transmissíveis, no Brasil, 2011-2022” visando definir e priorizar ações e investimentos necessários ao país para enfrentar e controlar as DCNT’s até 2022 (BRASIL, 2011a).

Em 2016, Malta *et al.* publicaram um balanço com resultados prévios a respeito do monitoramento do plano de ação realizado no período de 2011-2015. Os dados apresentados dão conta de que neste período as ações foram positivas, promovendo saúde e gerando cuidado integral, demonstrando que as metas estavam sendo alcançadas. Foram registrados redução do consumo do tabaco e do uso abusivo de álcool, houve aumento do consumo de frutas e hortaliças e da prática de atividades físicas e outros resultados assertivos. No entanto, foi percebido por Malta e equipe uma expansão nos índices de sobrepeso e obesidade indicando que não está favorável a contenção da obesidade. Estas informações dizem respeito ao acompanhamento realizado para os adultos, mas com relação a crianças e adolescentes, relatam que não tinham parâmetros atualizados. Nessa apuração divulgada em 2016, citam como atividades desenvolvidas durante o período de 2011-2015 as publicações no ano de 2014 do “Caderno de Atenção Básica-Obesidade e da Portaria nº483/2014 que redefiniu a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e estabeleceu diretrizes para a organização de suas linhas de cuidados (MALTA *et al.*, 2016).

A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP), também como parte dos planos de ações para controle das doenças crônicas, sobretudo, do sobrepeso e da obesidade, lançou em 2014 o programa “Saúde Muito Além da Mesa- Qualidade de vida é a Melhor Dieta”, estratégia visando sensibilizar a população quanto a importância de ter hábitos saudáveis na alimentação bem como motivar a prática da atividade física, e com isso, ter maior qualidade de vida. O programa buscou desenvolver uma linha de cuidado de Sobrepeso e Obesidade, articulando em rede as unidades ambulatoriais especializadas, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e também os hospitais do município e conveniados SUS (SANTOS, 2014a; 2014b)

---

Apesar das ações para controle das DCNT's, a assistência à obesidade da criança e do adolescente no SUS ainda apresenta fragilidades e lacunas para garantir a linha do cuidado e a integralidade na atenção à saúde dessa população.

Estudos mostram que embora a operacionalização dos serviços de saúde tenha sido reorganizada não de forma hierarquizada, mas na lógica das Redes de Atenção à Saúde (RAS), a intersetorialidade ainda se apresenta de modo não articulado. Também parece não haver coerência entre a necessidade de atendimento nos serviços públicos para essa população e a oferta existente. Poucos compreendem e seguem a lógica da RAS (DORNELLES, ANTON, 2013; MAXIMIANO, 2016).

Há uma importante lacuna também no descrito da Portaria normativa vigente sobre DCNT, no que diz respeito à linha de cuidado à obesidade (BRASIL, 2013). A mesma está mais focada no manejo da obesidade do adulto e pouco aborda ou deixa claro como deve ser a organização das ações e serviços de prevenção e tratamento da obesidade das crianças e adolescentes na lógica da Rede de Atenção à Saúde.

Partindo destas questões, este estudo visa compreender, por meio da perspectiva dos profissionais de saúde que assistem crianças e adolescentes obesas, no SUS, na cidade de São Paulo-SP, como estes percebem suas práticas e desafios na assistência a esse público no serviço público e entre os níveis de atenção à saúde.

---

---

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Obesidade da criança e do adolescente

Para fins desta pesquisa, serão considerados crianças e adolescentes aqueles que estão na faixa etária de 0 a 19 anos, respeitando os padrões de crescimento e desenvolvimento definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2006 e 2007. Serão vistos como crianças aquelas com idade entre 0 a 10 anos e adolescente aqueles que estão entre 10 e 19 anos conforme estabelecido pela OMS. O critério para considerar adolescência a partir dos 10 anos é para fins de saúde pois a OMS compreende que se iniciam várias transformações no corpo, no crescimento, na vida emocional, social e nas relações afetivas (WHO,2007).

Curvas de crescimento para avaliar o estado nutricional de crianças e adolescentes de 0 a 19 anos, independentemente de etnia, condições socioeconômicas e tipo de alimentação, têm sido importante ferramenta utilizada pelos profissionais de saúde. As curvas de crescimento para crianças de 0 até 5 anos e a avaliação nutricional é seguida conforme parâmetros estabelecidos pela OMS em 2006, enquanto que para as que estão na faixa etária entre 5 a 19 anos segue a referência da OMS constituída a partir de 2007 (WHO,2007).

Os parâmetros de medidas guiados pela OMS são importantes métodos utilizados para identificar e diagnosticar precocemente sobrepeso e obesidade.

O Índice de Massa Corporal (IMC) é um indicador bem conhecido para verificação do estado nutricional, calculado a partir da seguinte fórmula:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso}}{\text{Altura}^2}$$

Essa fórmula, apesar de ser útil, bem difundida e usada como parâmetro de diagnóstico de obesidade em todas as idades, é mais frágil quando usada em crianças, adolescentes e de forma isolada, pois há uma variação maior nestes dados à medida que este público vai crescendo.

Assim, além do IMC, há outros parâmetros e critérios específicos para avaliação do estado nutricional para crianças e adolescentes, que são: peso/idade e peso/estatura. Os índices antropométricos recomendados e que compõem as curvas desenvolvidas pela OMS e adotados pelo Ministério da Saúde para essa avaliação são: Peso/idade, Peso/Estatura, Estatura/idade e IMC/idade. Pondera-se que há

---

diferença na análise entre os sexos e faixa etária (BRASIL, 2011a, 2011b; WHO, 2007).

As curvas de crescimento são construídas por meio do escore Z-IMC e percentil. As medidas de percentil tendem a ser mais sensíveis e mais abrangentes, ou seja, crianças classificadas como risco nutricional a partir do percentil podem estar apenas próximas de uma situação de risco, mas não necessariamente em risco nutricional. Já o z-score (ou score-z) é mais específico, isto é, ele detecta com mais precisão os casos que estão mais gravemente relacionados com situações de risco nutricional (BRASIL, 2011a, 2011b).

As curvas da OMS de 2007 adaptam-se ao padrão de crescimento infantil aos 5 anos de idade e aos pontos de corte de sobrepeso e obesidade. Estes pontos de corte são baseados em recomendações adotadas internacionalmente. Seguem os pontos de corte e notas de rodapé apresentados pelo SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional) nos quadros 1 e 2:

---

Quadro 1 – Classificação de estado nutricional para crianças menores de 5 anos para cada índice antropométrico, segundo recomendações do SISVAN (BRASIL, 2011b).

VALORES CRÍTICOS		ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS PARA MENORES DE 5 ANOS			
		Peso-para-idade	Peso-para-estatura	IMC-para-idade	Estatura-para-idade
< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Muito baixo peso para a idade	Magreza acentuada	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para a idade
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	Baixo peso para a idade	Magreza	Magreza	Baixa estatura para a idade
≥ Percentil 3 e < Percentil 15	≥ Escore-z -2 e < Escore-z -1	Peso adequado para a idade	Eutrofia	Eutrofia	Estatura adequada para a idade <sup>2</sup>
≥ Percentil 15 e ≤ Percentil 85	≥ Escore-z -1 e ≤ Escore-z +1		Risco de sobrepeso	Risco de sobrepeso	
> Percentil 85 e ≤ Percentil 97	> Escore-z +1 e ≤ Escore-z +2		Sobrepeso	Sobrepeso	
> Percentil 97 e ≤ Percentil 99,9	> Escore-z +2 e ≤ Escore-z +3	Peso elevado para a idade <sup>1</sup>	Obesidade	Obesidade	
> Percentil 99,9	> Escore-z +3				

Fonte: SISVAN (BRASIL, 2011b).

<sup>1</sup> Uma criança com a classificação de peso elevado para a idade pode ter problemas de crescimento, mas o melhor índice para essa avaliação é o IMC-para-idade (ou o peso-para-estatura).

<sup>2</sup> Uma criança classificada com estatura para idade acima do percentil 99,9 (Escore-z +3) é muito alta, mas raramente corresponde a um problema. Contudo, alguns casos correspondem a desordens endócrinas e tumores. Em caso de suspeitas dessas situações, a criança deve ser referenciada para um atendimento especializado.

Quadro 2 – Classificação do estado nutricional para crianças de 5 a 10 anos para cada índice antropométrico, segundo recomendações do SISVAN (BRASIL, 2011b)

VALORES CRÍTICOS		ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS PARA CRIANÇAS DE 5 A 10 ANOS		
		Peso-para-idade	IMC-para-idade	Estatura-para-idade
< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Muito baixo peso para a idade	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para a idade
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	Baixo peso para a idade	Magreza	Baixa estatura para a idade
≥ Percentil 3 e < Percentil 15	≥ Escore-z -2 e < Escore-z -1	Peso adequado para a idade	Eutrofia	Estatura adequada para a idade <sup>2</sup>
> Percentil 15 e < Percentil 85	≥ Escore-z -1 e ≤ Escore-z +1		Sobrepeso	
≥ Percentil 85 e ≤ Percentil 97	> Escore-z +1 e ≤ Escore-z +2		Obesidade	
> Percentil 97 e ≤ Percentil 99,9	> Escore-z +2 e ≤ Escore-z +3	Peso elevado para a idade <sup>1</sup>	Obesidade grave	
> Percentil 99,9	> Escore-z +3			

Fonte: SISVAN, 2011b.

<sup>1</sup> Uma criança com a classificação de peso elevado para a idade pode ter problemas de crescimento, mas o melhor índice para essa avaliação é o IMC-para-idade.

<sup>2</sup> Uma criança classificada com estatura para idade acima do percentil 99,9 (Escore-z +3) é muito alta, mas raramente corresponde a um problema. Contudo, alguns casos correspondem a desordens endócrinas e tumores. Em caso de suspeitas dessas situações, a criança deve ser referenciada para um atendimento especializado.

Serão discutidos na trajetória desta pesquisa as questões relacionadas a assistência prestada pelos profissionais de saúde as crianças e adolescentes obesas. As que estão em condição de sobrepeso não foram incluídas nesta pesquisa.

No que concerne à obesidade, serão considerados, para fins deste estudo, que a obesidade na criança e adolescente é uma doença, conforme estabelecido pela OMS.

Em relação a obesidade em crianças e adolescentes, diversos fatores têm contribuído para o desenvolvimento da doença. Estudos indicam que crianças filhas de pais obesos, sedentarismo, peso ao nascer, desmame precoce ou não aleitamento materno e outra lista de situações adversas parece fazer com que algumas pessoas se tornem mais propensas a desenvolverem obesidade (ABESO, 2016).

Vários trabalhos no Brasil e no mundo tem comprovado ainda que as crianças e adolescentes no decorrer dos últimos 40 anos têm sido exposta a fatores de riscos os quais tem favorecido para o aumento de peso de forma assustadora. Pode-se citar

os relacionados aos alimentos processados, ultraprocessados, aumento de ofertas de produtos de origem animal, lanches e pratos rápidos além de alimentos com alto teor de gorduras e calorias. Nota-se ainda que nessas últimas décadas houve redução de prática de atividades físicas decorrentes do aumento de violência nas ruas e maior disponibilidades de tecnologias (TV, videogames, dentre outros), ficando, portanto, mais tempo dentro de suas casas (ABESO, 2016, 2009; TOJO, LEIS-TRABAZO, 2002).

Em 2014, no lançamento do programa “Saúde Muito Além da Mesa”, a SMS-SP delineou a situação do sobrepeso e obesidade no Município de São Paulo, incluindo a infantil. De acordo com Inquérito Domiciliar de Saúde (ISA – Capital 2008), os dados mostraram que nas crianças foi observado sobrepeso em 28,2% e obesidade em 14,3%, na população com oito anos ou menos. Naqueles com mais de oito anos os resultados apresentados revelaram 36,2% estão com sobrepeso e 12,8% estão obesos (SANTOS, 2014a).

Verifica-se que incessantes ações no Brasil e no mundo tem sido gerada buscando controlar o aumento de peso na criança e adolescente. Em 2016, a OMS lançou um relatório contendo 6 importantes recomendações visando o fim da obesidade neste público. Dentre elas destacam-se: implementação de programas que promovam alimentação saudável e redução de ingestão de bebidas açucaradas sugerindo tributação para estes produtos, ações voltadas para incentivo do aleitamento materno, disponibilizar alimentos saudáveis a preços mais acessíveis e incentivar a atividade física (WHO, 2016).

Se faz necessário aqui ressaltar as singularidades da criança e do adolescente. A criança a partir do nascimento passa por processos de transformações, parte delas, influenciada pelo contexto no qual ela está inserida, a família. É um ambiente que contem valores e crenças, metas, entre outros, os quais serão responsáveis pela formação deste indivíduo. Ao longo do tempo, a medida que vai crescendo, a criança cada vez mais vai interagindo com seus pares, buscando sentido ao seu mundo social. Assim, ela vai agregando, partilhando e participando com aqueles que estão em torno de experiências sociais e culturais, significando e resignificando seu “mundo”. Portanto, o comportamento social e cultural está fortemente influenciado pelo ambiente familiar. Outra especificidade que a difere do

---

adulto, é o fato de a criança estar em crescimento e desenvolvimento. O crescimento é um processo dinâmico e contínuo, expresso pelo tamanho corporal (peso e estatura), e sofre influência de fatores genéticos e ambientais. Destaca-se aqui os ambientais, os quais podem acelerar ou não o processo. Lista-se à alimentação, habitação, práticas de atividades físicas por meio de brincadeiras e esportes, dentre outros. Já o desenvolvimento é amplo e diz respeito as transformações físicas cognitivas e psicossociais as quais estão interligadas entre si e o modo sua capacidade de pensar e agir é mediada, como já foi dito aqui, pela sua rede social de proteção (BRASIL, 2012).

Isto posto, é fato que pais e pessoas que pertençam a rede de proteção da criança são um dos principais protagonistas pelo ganho de peso dela. Responsabilidade esta atribuída e considerada devido as questões de que a criança não tem maturidade ainda para suas próprias tomadas de decisões. Além disso, estas pessoas envolvidas no processo de crescimento e desenvolvimento da criança tem dificuldades em perceber que o excesso de peso é uma doença e que dela poderão surgir outras. Essa percepção está relacionada as questões culturais em que as pessoas entendem que: “quanto mais gordinho, mais saudável é a criança” e a falta de compreensão de que obesidade traz riscos à saúde, inclusive para pais que também estão obesos, negligenciando o estado ponderal das crianças, tornando assim difícil o cumprimento de programas específicos para combate e controle da doença. Com isso, o manejo da obesidade se torna, portanto, complexo e desafiador, quando comparada com o adulto já que a criança não é completamente detentora de suas próprias atitudes (ABREU, 2010). Então, para que os resultados ao tratamento possam atingir os objetivos propostos, é importante envolver pais e responsáveis nas práticas dos profissionais de saúde que atuam no processo da assistência à criança obesa, cabendo à equipe multiprofissional o papel de incluir os responsáveis pela criança no seu enfrentamento (ABREU, 2010).

Quanto as singularidades dos adolescentes, estes são caracterizados pela autonomia adquirida paulatinamente ao longo do tempo e pelas tomadas de decisões agora pouco influenciadas pelo contexto familiar. O processo de transformação quanto ao crescimento e desenvolvimento é mais intenso e de forma progressiva, ele passa a ser o principal responsável pela sua saúde (BRASIL, 2005).

---

No que se refere ao desenvolvimento da obesidade, a maioria apresenta aumento de peso desde a infância, geralmente, antes de atingirem 5 anos de idade. A manutenção do ganho de peso, de modo geral, está relacionada com diversos fatores, dentre eles destacam-se: o início do desenvolvimento e o grau de obesidade (BRASIL, 2012).

O que caracteriza o adolescente é o fato de que, para encontrarem sua personalidade e individualidade experimentam diversos comportamentos diferentes, seja nas vestimentas, nos relacionamentos, nos estudos, assim como também nos alimentos. Mudanças de hábitos alimentares na adolescência são comuns e até mesmo esperadas. Na busca pela independência e autonomia, os adolescentes tentam se afastar do padrão de seus pais e se aproximam de outros jovens, para juntos descobrirem um novo mundo. Eles têm agora consciência de seu corpo e se comparam com dos demais. Passam também pela experiência do aumento da carga horária escolar e da vida social que se intensifica levando muitos jovens a fazerem as refeições fora de casa e a assumirem a responsabilidade por sua alimentação. Com certa liberdade em mãos e por vezes distantes da supervisão dos pais, podem surgir os erros alimentares, notoriamente a preferência agora é por comidas rápidas e de fácil acesso. Ao mesmo tempo vão ao encontro de uma alimentação saudável, mas é preciso entender qual é a motivação. Via de regra seguem modismos que buscam “a magreza”. Estudos apontam que adolescentes são mais suscetíveis a seguirem a moda, acompanhando o modelo do seu grupo. Os influenciadores das informações recebidas agora não são mais dos pais, mas são amigos, professores, redes sociais e mídias de forma que passam a acreditar que esse ou aquele alimento não deve ser consumido (BRASIL, 2012; SILVA *et al.*, 2004).

A busca pela “magreza” por meio de uma alimentação saudável por parte dos adolescentes é bem aceita, mas requer um olhar cauteloso: o risco da restrição alimentar tem “dois pesos e duas medidas”. O impacto que isso pode causar na vida adulta é grande, uma vez que o corpo, na adolescência, ainda está em fase de formação. A discussão que cabe aqui é que adolescentes são influenciados principalmente pelo grupo que ocupam, porém, o obeso, influenciado pelos modismos estéticos e de dietas, sofre psicologicamente com isso e pode desenvolver transtornos psiquiátricos, principalmente ansiedade e depressão (GUSMÃO, 2006; SILVA *et al.*, 2004). O outro extremo refere-se a compulsão alimentar, transtorno esse

---

desenvolvido com o passar do tempo, mediado pelo histórico familiar. Neste contexto, o adolescente obeso experimenta a necessidade de perder peso influenciado pelo seu grupo, mídias, etc., na busca de um “corpo perfeito”, mas, em contrapartida, foi entusiasmado pelos pais e aqueles que compuseram a sua rede social de proteção a comer de tudo que sentisse vontade e que “ser gordinho, é ser saudável” (SILVA *et al.*, 2004).

Podemos dizer então que, assim como ocorre com o adulto, a adesão ao tratamento da obesidade no adolescente vai além das capacidades intencionadas por eles, elas são influenciadas pelos fatores de interferências (GUSMÃO, 2006).

A ABESO, sociedade multidisciplinar sem fins lucrativos criada em 1986 que reúne em torno de 500 associados distribuídos pelo mundo, diversificados nas categorias profissionais às quais tem relações com estudos sobre obesidade, transtornos alimentares e síndromes metabólicas, destaca sobre tratamento e estratégias para manutenção de um peso saudável, mas revela que planos para intervenções ao sobrepeso e obesidade infantil são poucos documentados quando comparados com o público adulto (ABESO, 2016).

A ABESO afiliou-se a IASO (*International Association for the Study of Obesity*), em 1996, no Congresso Internacional de Obesidade em Jerusalém e é associada a FLASO (*Federación Latinoamericana de Estudios sobre la Obesidad*) desde 1987, Santiago, Chile, (ABESO, 2016).

Há vários estudos qualitativos que estão direcionados a percepção dos adolescentes de sua imagem corporal, assim como a percepção dos pais e cuidadores sobre seus filhos obesos. No entanto, poucos são os que abordam a perspectiva dos profissionais de saúde da rede pública que atuam com esse público e assim, pouco se sabe sobre a concepção dos profissionais que assistem essas crianças e adolescentes no SUS (PRATES, *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2004).

É notório que a temática é relevante e deve-se ao fato de que, além da obesidade ser uma doença evolutiva, traz fatores de risco importantes e que poderão comprometer a saúde das crianças e dos adolescentes antes de atingirem a vida adulta. Portanto, intensificar e monitorar as intervenções já implantadas são pontos primordiais, assim como encorajar as estratégias para prevenção, controle e

---

tratamento desta enfermidade e fortalecer as políticas públicas que atuam na saúde com intuito de reduzir a prevalência e consequências da obesidade nas crianças e adolescentes.

## **2.2 As Redes de Atenção à Saúde**

Em 1990, foi promulgada a Lei Orgânica 8080 regulamentando o SUS e dispendo sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e nos Capítulos II e III, sobre os princípios, diretrizes, organização, direção e gestão (BRASIL, 1990). A partir de então os serviços assistenciais passaram a ser executados em um modelo descentralizado, regionalizado e hierarquizado, organizados por níveis de atenção. De acordo com a referida Lei Orgânica, cada nível de atenção à saúde corresponde a um determinado conjunto de serviços assistenciais. Tais categorias, determinadas pela OMS, buscam promover, restaurar e manter a saúde dos indivíduos e devem estar articuladas entre si (BRASIL, 1990).

A Lei Orgânica propõe um modelo hierarquizado, onde os serviços são organizados em níveis de complexidade denominados de atenção primária, secundária e terciária, sendo que cada um tem atribuições específicas. Esta concepção hierárquica é representada de forma piramidal, onde na base estão os atendimentos da atenção primária, considerando sua representatividade como gestora da saúde (CONASS, 2015, BRASIL, 2007).

A atenção primária tem como atributos fundamentais: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Tem importante papel em desenvolver ações voltadas a gerar promoção e proteção de saúde à população no âmbito individual ou coletivo. Estas ações são de responsabilidade das Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo que a ESF tem como apoio os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2006; BRASIL, 2007; CONASS, 2015, STARFIELD, 2002). Os procedimentos são considerados de baixo custo e aproximadamente 80% do total de problemas de saúde da população devem ser resolvidas neste nível. Além disso, os profissionais de saúde precisam se articular de modo a promover programas de caráter educativo voltados para a promoção da saúde e prevenção de doenças, integrando condições de ambiente saudáveis, como por exemplo, as de saneamento (BRASIL, 2006, 2007).

---

---

Na atenção secundária estão envolvidas ações especializadas caracterizadas por realizar serviços de saúde de maior complexidade, e é representada pelos ambulatórios de especialidades (ginecologia e obstetrícia, cardiologia, urologia, dentre outros) e pelas Unidades de Pronto Atendimento (UPA's). Neste nível de atenção, em geral, os procedimentos têm custo médio e respondem por aproximadamente 15% do total de problemas de saúde da população. Já o nível terciário são os que realizam atendimentos de alta complexidade, envolvendo inclusive casos de alto risco de morte. A assistência é prestada em hospitais e ambulatórios especializados. Geralmente, os atendimentos são de alto custo e representam, aproximadamente, 5% do total (BRASIL, 2003, 2007; MENDES, 2010).

No entanto, Mendes (2010) relata que apesar dos avanços com as estratégias de hierarquização e descentralização, este sistema ainda é fragmentado e não se articula entre si e nem tão pouco com as redes de apoio (Programa Saúde na Escola-PSE, Redes de Proteção Social à Criança e ao Adolescente) com isto, os serviços se desorganizam e geram ações isoladas. Se tornam incapazes de prestar um cuidado continuado longitudinal e integral aos usuários do serviço de saúde, de forma que funcionam de modo ineficiente e de baixa qualidade.

Com intuito de organizar os serviços de saúde no SUS de forma que atenda a população de maneira mais eficaz de modo integral, de qualidade e resolutivo, criou-se a lógica das organizações em Redes de Atenção à Saúde.

Historicamente, a organização dos serviços de saúde em Redes de Atenção foi descrita na década de 1920, no Reino Unido quando Dawson, após a 1ª guerra mundial. Percebeu que os serviços de saúde deveriam acontecer de forma mais ampliada, oferecendo maior qualidade. Outro marco conceitual refere-se à reunião de Alma-Ata, realizada em 1978, conferência esta internacional sobre os cuidados primários de saúde. Diversos países, posteriormente, apresentaram várias discussões a respeito da integração da assistência à saúde, pensando na lógica de uma rede de serviço. No Brasil, a discussão em torno do assunto passou a ser pauta a partir da década de 1990. Muitos debates e avanços têm ocorrido desde então, porém só em 2010, por meio da Portaria 4279/2010, surgiu proposta de se implantar Redes de Atenção à Saúde (RAS). Este novo modelo, que é um grande marco no Brasil, procura minimizar ou interromper a fragmentação do cuidado e os problemas resultantes dela. A implantação da RAS leva em consideração, principalmente, a

---

situação epidemiológica atual caracterizada pela tripla carga de doenças, os quais envolvem: 1- situações não concluídas de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; 2- desafios das doenças crônicas e de seus fatores de risco, como tabagismo, sobrepeso, obesidade, sedentarismo, estresse e alimentação inadequada; e 3- e o forte crescimento de problemas de saúde devido a causas externas e situações de violência, como acidentes e homicídios (BRASIL, 2012, 2010; CONASS, 2015).

Há consenso nacional e internacional de que a organização na lógica da RAS, ou seja, na forma de redes integradas, é a melhor estratégia para garantir atenção integral, efetiva e eficaz às populações aos usuários do SUS objetivando seus princípios (universalidade, integralidade e equidade).

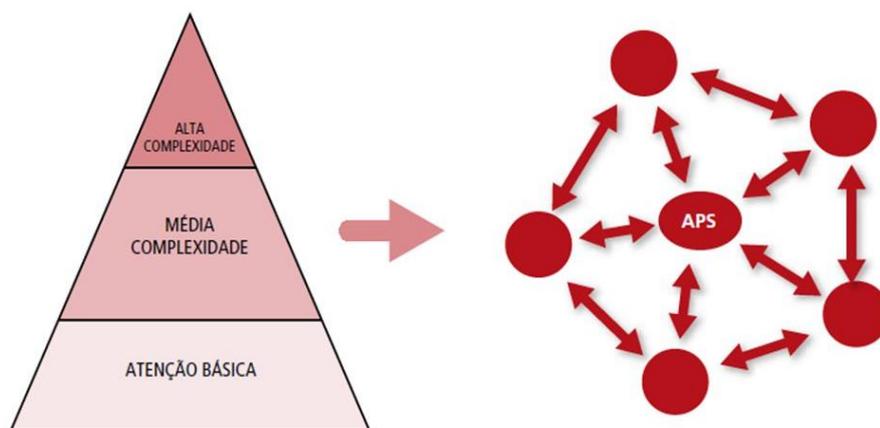
Mendes (2010) conceitua este novo modo de organização dos serviços de saúde como conjuntos de serviços, vinculados entre si por uma missão única, com objetivos comuns e uma ação cooperativa e interdependente, que consigam se articular e ofertar uma atenção contínua e integral a população, coordenada pela atenção primária à saúde intercambiando constantemente seus recursos.

Nesta lógica, considera-se que todos pontos de atenção são igualmente importantes, devem estar relacionados de modo horizontal e não mais hierarquizada. Assim, os serviços de saúde deixam de ser atendidos na forma piramidal e vertical. No entanto, estrategicamente, a Atenção Primária está posicionada no centro deste círculo não pelo grau de importância na coerência hierárquica, mas por manter-se como coordenadora e ordenadora da saúde.

Para Mendes (2010), os serviços saem da organização hierárquica para uma lógica poliárquica, conforme representado na figura abaixo.

---

Figura 1 - Mudança dos sistemas piramidais e hierárquico para redes de atenção à saúde.



Mendes, Eugênio Vilaça  
As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes.  
Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

Fonte: Mendes, 2011.

A operacionalização RAS se dá pela interação de três elementos construtivos a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. Para Mendes (2010), a saúde deve estar baseada na população e este elemento construtivo é a capacidade do sistema em estabelecer e atender as necessidades de saúde de uma população específica e sua família considerando o território onde vive, as condições sanitárias, dentre outros.

A estrutura operacional proposta por Mendes (2010) é formada por pontos de atenção das redes e pelas ligações materiais e não materiais que devem estar articuladas entre si. São 5 os componentes que fazem parte dessa estrutura: 1- Centro de comunicação: representada pela APS a qual atua na coordenação e operacionalização dos fluxos e contra fluxos do cuidado e deve garantir a integralidade e continuidade da atenção à saúde dos usuários; 2- pontos de atenção à saúde secundárias e terciárias: refere-se as diferentes densidades tecnológicas e são apoios para APS. Abrange ações especializadas em nível ambulatorial, hospitalar, apoio ao diagnóstico e terapêutico; 3- Sistemas de apoio: estas dizem respeito aos sistemas de diagnóstico, assistência farmacêutica e de informação em saúde; 4- Sistema de logística: capaz de oferecer soluções em saúde baseadas nas tecnologias de informação. Estão representadas por: identificação do usuário por

meio do Cartão Nacional SUS, prontuário clínico, sistema de acesso regulado à atenção e sistema de transporte, e 5- o último, porém não menos importante, diz respeito ao sistema de governança os quais representam arranjos institucionais organizados que envolvem diferentes estratégias e procedimentos.

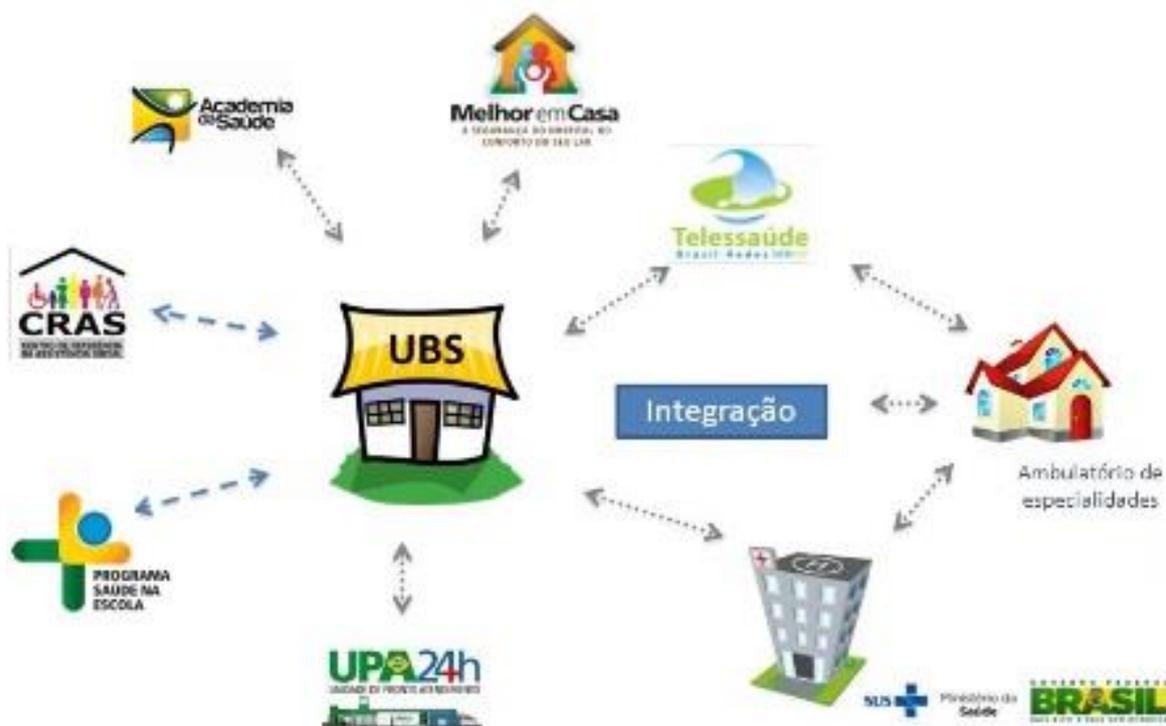
Ainda em relação aos elementos construtivos, o modelo de atenção à saúde representa a lógica adotada pelos gestores municipais e estaduais para atender a demanda de saúde da população local de forma efetiva e segura, considerando a tripla carga de doenças (MENDES, 2010)

Considerando essa lógica e a preocupação com um dos itens da tripla carga de doenças, as doenças crônicas e de seus fatores de risco, dentre elas, a obesidade, em 2013 Ministério da Saúde lançou ações e estratégias visando o enfrentamento do panorama epidemiológico, tendo em vista os desafios e avanços quanto a assistência da obesidade. As portarias que buscam regulamentar as ações de saúde neste campo são: Portaria nº 252/GM/MS, fevereiro de 2013, institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde; Portaria nº424/GM/MS, de 19 de março de 2013, redefiniu as diretrizes da organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e da obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS e Portaria nº 483, de 1 de abril de 2014 a qual Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.

Os pontos de atenção na rede de atenção às pessoas com doenças crônicas estão representados pela Portaria 383/2014, assim como nas diretrizes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013, 2014). A figura abaixo representa os Pontos de Atenção na Rede de atenção às Pessoas com Doenças Crônicas.

---

Figura 2 - Pontos de Atenção na Rede de atenção às Pessoas com Doenças Crônicas



Fonte: CONASEMS, 2013.

A ilustração dos pontos de atenção configura, de modo claro, a questão da integração, ou seja, o que deve compor as práticas assistenciais com vistas a contemplar as necessidades dos usuários. Percebe-se também que é fundamental o planejamento da oferta de serviços de saúde na perspectiva da equidade.

Contudo, apesar da harmonia a que confere a proposta de atendimentos de saúde em redes-RAS e dos grandes esforços pensados no processo de melhoria de atendimentos à população, é fato que a funcionalidade ainda se traduz em grandes dificuldades e intensos desafios postos desde sua implantação em 2010. Um dos grandes problemas ou um problema fundamental, está na Atenção Primária à Saúde (APS) que é gestora do cuidado, mas, enfrenta dificuldades, que dentre elas podemos mencionar as deficiências para monitoramento dos processos. Para o sistema de rede funcionar conforme proposto, a APS precisa ser fortalecida e estar melhor organizada, e assim, poderá ser capaz de desempenhar suas competências e atribuições. Caso contrário, as ações propostas para as RAS's não serão efetivas e não terão condições de cumprir a que está designada (CONASS, 2015; MENDES,

---

2010). Faltam ainda fortalecer os mecanismos de governança: financiamentos ainda são insuficientes para dar conta da dimensão das necessidades do sistema. Para as doenças crônicas, lista-se, além da problemática citada acima, questões que são de suas especificidades, como por exemplo, desafios que estão além da deficiência na qualidade da atenção básica. Há dificuldade de interação com os serviços de atenção especializada ambulatorial, com importantes lacunas assistenciais e incoerência na oferta de serviços (CONASS, 2015; MENDES, 2010).

No percurso analítico-interpretativo desta pesquisa, como referencial teórico, serão consideradas as ações de serviço e as articulações entre elas, segundo a lógica da RAS.

### **2.3 Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade**

A Linha do Cuidado (LC) é uma das estratégias de organização das ações e serviços de saúde na lógica da RAS. Elas apresentam os fluxos assistenciais necessários para garantir ao usuário atendimento mais organizado e qualificado. Definem também as ações e os serviços a serem desenvolvidas nos diferentes componentes da estrutura organizacional, incluindo os de sistema de apoio, traçando o itinerário terapêutico dos pacientes na rede (BRASIL, 2012, 2013). Mendes, (2010, pg 2301), descreve como sendo os sistemas de apoio “os lugares institucionais das redes onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, nos campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde”. A LC não é uma rede de atenção independente, ela é uma estrutura funcional que passa de forma transversal por uma ou mais RAS. Portanto, uma RAS pode ter mais de uma LC e uma LC pode passar por mais de uma RAS. É importante destacar que a LC, pelas suas próprias características, necessita da interdisciplinaridade e é composta por conjunto de fluxos interligados e contínuos, possibilitando a confluência dos usuários com profissionais de saúde e a articulação entre os serviços (BRASIL, 2012).

A proposta da LC de sobrepeso e obesidade da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas é estabelecer fluxos para referência e contra referência nos serviços de forma que os usuários de saúde acolhidos na rede pública sejam atendidos de modo integrado (BRASIL, 2013).

---

---

Considerando que o excesso de peso é uma condição crônica e fator de risco para outras doenças crônicas, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria 424, de 19 de março de 2013, diz: “redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas”. A Portaria visa qualificar e atender às pessoas com esta doença, articulando os cuidados e estabelecendo as ações para o atendimento entre os componentes de saúde. Indica que a prevenção e promoção é de competência dos componentes da atenção básica de saúde, enquanto que a assistência clínica e terapêutica voltadas para as comorbidades associadas à obesidade, e cuidados pré e pós cirurgias bariátrica, devem ocorrer no componente de atenção especializada no subcomponente Ambulatorial Especializado. Já as cirurgias bariátricas serão no subcomponente Hospitalar (BRASIL, 2013, 2014b).

Prestar assistência ambulatorial especializada multiprofissional aos indivíduos adultos com IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> com comorbidades, e aos indivíduos com IMC  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup>, quando esgotadas as possibilidades terapêuticas na Atenção Básica, de acordo com as demandas encaminhadas através da regulação” e “diagnosticar os casos com indicação para procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade e encaminhar a demanda através da regulação (PORTARIA424,2013, p.4).

O Manual Instrutivo dá autonomia para os gestores organizar e implantar a LC para prevenção e tratamentos do sobrepeso e obesidade de forma que os serviços não fiquem isolados do restante da RAS. Estabelece ainda que para solicitar a habilitação para assistência de alta complexidade, o Gestor de Saúde deve ter implantado a LC. Em todo o documento é narrado os cuidados a serem realizados na atenção básica e em ambulatórios especializados e hospitalares. Porém, é abrangente se referindo a população alvo como “indivíduo com obesidade”, ou seja, não há direcionamento e referências claras ao público infanto-juvenil. Não especifica de que forma será conduzida a LC às crianças e adolescentes comprometidos com o excesso de peso (BRASIL, 2014c).

A Portaria 483 de 1º abril de 2014 também dá as diretrizes para organização da LC a pessoas com doenças crônicas, estabelecendo os fluxos dos serviços na lógica da RAS. Embora esteja muito claro nas diretrizes qual é o caminho a ser percorrido e as competências em cada componente de saúde, ainda assim é genérica.

---

Estas portarias não consideram as singularidades da criança e do adolescente, assim como as especificidades para o manejo da obesidade com elas. Resgata-se aqui que para identificação da obesidade neste grupo usa-se, além do IMC, o escore Z-IMC, o percentil e a classificação do estado nutricional os quais seguem padrões da OMS. Isto posto, é notório que as referidas portarias não contemplam com clareza quais são os critérios que nortearão o fluxo entre um componente da rede e outro bem como não menciona os pontos de corte os quais os serviços deverão se basear.

Maximiano (2016) em um estudo de mestrado de abordagem qualitativa sobre percepção de gestores e profissionais da saúde sobre a linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade, descreveu que os profissionais de saúde relataram a necessidade de uma reorganização da atenção básica, com foco na integralidade e intersetorialidade para melhorar a qualidade do serviço e priorizar a atenção ao paciente obeso. Conta que é escasso na literatura trabalhos sobre LC, fato este também observado neste estudo. Poucas pesquisas foram encontradas que abordem a LC, sobretudo, na perspectiva dos profissionais de saúde que atuam na assistência com crianças e adolescentes obesas.

---

### 3 JUSTIFICATIVA

A obesidade é uma realidade epidemiológica mundial que atinge todas as faixas etárias e é considerada atualmente como um dos maiores problemas de Saúde Pública. É uma doença multifatorial e complexa o que torna difícil o seu manejo. Em 2013, por meio da Portaria nº 424, o Ministério da Saúde redefiniu “diretrizes para a organização da prevenção e de tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas” (BRASIL, 2013).

No entanto, esta e outras diretrizes dão ênfase para Linha do Cuidado da obesidade no adulto como, entre outros aspectos, dá destaque ao manejo do pré e pós-operatório da cirurgia bariátrica.

Além disso, diante da complexidade e especificidades do enfrentamento da obesidade na criança e no adolescente, poucos estudos existem com foco na experiência de profissionais de saúde que prestam assistência para crianças e adolescentes obesos. A literatura aponta a grande dificuldade em pôr em prática a linha de cuidado no manejo da doença em adultos, mas mais difícil ainda e desafiador é para o manejo da obesidade a crianças e adolescentes considerando as suas singularidades (MAXIMIANO, 2016).

---

#### **4 HIPÓTESE**

- Os profissionais de saúde que atuam na assistência à obesidade com crianças e adolescentes no SUS não têm clareza das atribuições e competências por ponto de atenção à saúde.
  - Os profissionais de saúde, no que diz respeito a assistência à obesidade a crianças e adolescentes, atuam de forma fragmentada no SUS, com poucas articulações entre si e nos diversos pontos de complexidade de Atenção à Saúde.
-

## **5 OBJETIVOS**

### **5.1 Objetivo geral**

Compreender as percepções e as práticas dos profissionais de saúde que atuam na rede pública na cidade de São Paulo assistindo crianças e adolescentes obesos.

### **5.2 Objetivos específicos**

- 1 - Explorar as percepções de profissionais de saúde do SUS sobre as atribuições e competências nos respectivos pontos de complexidade de saúde.
  - 2 - Analisar como os profissionais de saúde se articulam com os demais integrantes de seu serviço e com os dos diferentes pontos de complexidade de saúde.
  - 3 - Discorrer quais são as vivências sobre diretrizes relacionadas com obesidade na criança e adolescente.
  - 4 - Reconhecer quais são as facilidades, dificuldades e desafios na assistência.
-

## 6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

### 6.1 Tipo de estudo

Foi realizado estudo de abordagem qualitativa, considerando as experiências práticas dos profissionais de saúde que atuam no SUS exercendo assistência a crianças e adolescentes com obesidade na cidade de São Paulo, visando compreender como estes profissionais percebem suas atuações em seus respectivos níveis de atenção à saúde, entender como acontece a relação/articulação entre eles e com os profissionais de saúde dos diferentes níveis de complexidade.

A escolha pela abordagem qualitativa deu-se pelo fato de que essa estratégia permite que o pesquisador explore a experiência vivida, por meio das relações complexas, buscando interpretar e dar sentido aos fenômenos de acordo com o significado atribuído pelos participantes da pesquisa (GÜNTER, 2006).

Como técnica de coleta dos dados empíricos foi escolhida a entrevista semiestruturada. A eleição dessa técnica deu-se ao fato de a mesma possibilitar o uso de questões abertas, concedendo ao entrevistador e ao entrevistado maior flexibilidade e possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender as questões previamente formuladas. Na entrevista semiestruturada, o roteiro é um “guia” que permite maior exploração ao assunto, conseguindo alcançar sentidos e significados na narrativa do participante que serão fundamentais na compreensão do objeto de estudo (FELICIANO, 2010).

Esta pesquisa diz respeito a um estudo de avaliação em saúde com caráter de pesquisa avaliativa, ou seja, sem intenção de avaliar diretamente o serviço. O recorte teve como base a perspectiva dos profissionais de saúde da rede pública (SAMICO, et al, 2010).

---

## 6.2 Participantes e local da pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de São Paulo. Segundo dados oficiais extraídos do site da Prefeitura de São Paulo, atualizado em 07 de março de 2018, o município computava 453 Unidades Básicas de Saúde, mais de 1300 equipes de Estratégia de Saúde da Família e 123 equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Ainda de acordo com este site, o município contava em 2016 com ambulatorios de especialidades do tipo policlínica, com ou sem hospital-dia, os quais realizam consultas médicas especializadas, exames de diagnóstico e/ou cirurgias eletivas e de baixa e média complexidade. Não há informações a respeito do quantitativo por especialidades. Informa também que cada estabelecimento oferta uma grade específica de especialidades conforme necessidades de saúde da região. Em dezembro do mesmo ano, registrava-se 35 Hospitais Dia da Rede Hora Certa, sendo: 16 unidades fixas; 10 unidades de rápida construção (modular) e 9 unidades hospitalares distribuídas nas regiões das subprefeituras. Estes dados da atenção especializada e autarquias hospitalares foram atualizados no referido site em 20 de dezembro de 2016 (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2018a, 2018b).

Quanto aos participantes do estudo, este foi composto por profissionais de saúde que tinham alguma experiência na assistência à criança e adolescente obesa, diversificando intencionalmente pessoas de diferentes formações de base e com atuação em diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde. O critério de inclusão compreendeu profissionais de saúde que atuavam no SUS inseridos em duas regiões do município de São Paulo e com experiência na assistência à criança e adolescente obesa. A escolha de restringir em duas regiões deu-se ao fato de buscar compreender a percepção dos profissionais de saúde sobre a relação e articulação dos serviços apenas em âmbito regional, mas que pode vir a ser um indicador do panorama municipal.

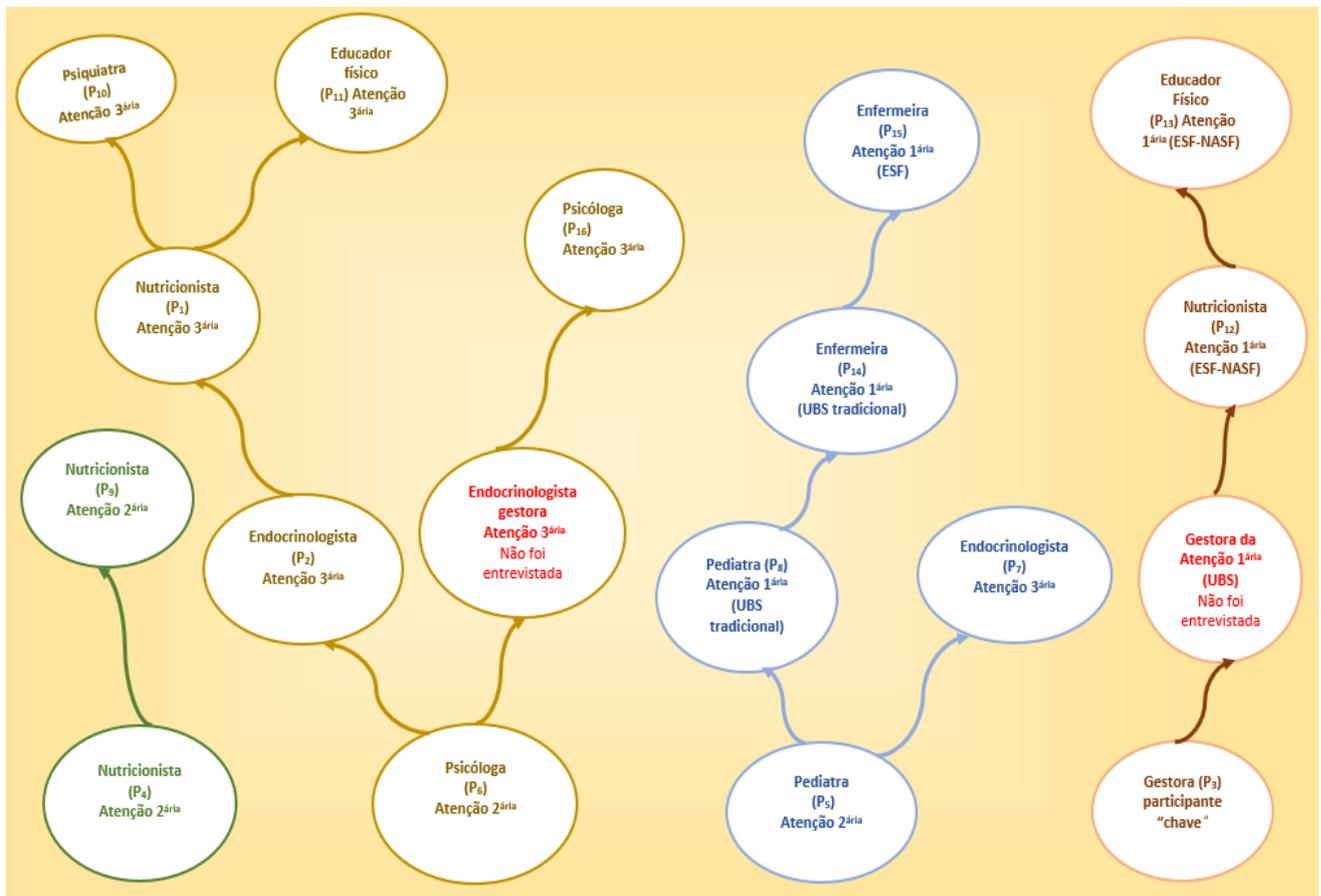
Foram excluídos profissionais de saúde que estivessem trabalhando menos de 6 meses na assistência direta à crianças e adolescentes obesas e /ou na rede pública. Também não foram inclusos profissionais de saúde que trabalhassem exclusivamente nas redes privadas mesmo que atuassem no manejo da obesidade a

---

este público. A captação dos participantes ocorreu mediante processo de criação de amostragem por “bola de neve” (*snowball*), ou seja, um participante selecionado indicava outro e assim por diante, contemplando integrantes sortidos e a diversidade escolhida e respeitando os critérios de inclusão dessa pesquisa (BALDIN, 2011; VINUTO, 2014).

A figura 3 retrata como ocorreu a “bola de neve” neste estudo.

Figura 3: Captação dos participantes, por indicação em “bola de neve”, respeitando diversidade profissional e pontos de atenção à saúde, Município de São Paulo, 2017-2018.



Fonte: Figura elaborada pela autora.

O ponto de partida foi com profissionais de um ambulatório de atenção secundária de caráter filantrópico, local onde são realizadas práticas assistenciais multiprofissionais a crianças e adolescentes obesas, seguindo os princípios do SUS conforme pactuação com Ministérios da Saúde por meio do convênio PROADI-SUS.

Vale mencionar que uma das 4 (quatro) participantes ao qual deu início ao processo investigativo, não atua diretamente no mencionado ambulatório, no entanto, era pessoa chave por se tratar de alguém referência do ambulatório e com vasta experiência na saúde da criança e adolescente. Esta indicou, ao final da entrevista outro gestor o qual não foi abordado por se encaixar no critério de exclusão, no entanto, no contato telefônico, este indicou 2 profissionais da assistência. A partir daí cada entrevistado fez sua indicação para o participante seguinte.

Na continuação, as ligações iniciais com a maioria dos indicados foram realizadas via telefone. Esses possíveis participantes já aguardavam o contato do pesquisador pois tinha recebido, previamente, pela pessoa que sugeriu seu nome, informações de que haveria esta aproximação do pesquisador, com intuito de firmar o convite para entrevista. Na oportunidade, o pesquisador expôs os objetivos do estudo, seguido do agendamento respeitando a disponibilidade, horário e local os quais foram marcados pelo participante. Apenas um recusou a participação (uma médica aposentada, não trabalhando atualmente, nutróloga da atenção primária). Outros, se colocaram à disposição para contribuir com a pesquisa, no entanto, por vários motivos, ocorreram incompatibilidades de horários entre o indicado e a entrevistadora, totalizando 3 pessoas (uma médica da atenção primária e duas médicas da atenção terciária), os quais não foi possível adequar horário em tempo hábil.

A princípio, havia o propósito também de realizar o trabalho de pesquisa incluindo gestores, no entanto, logo no início do trabalho de campo, após a terceira pessoa ser entrevistada, a pesquisadora percebeu a complexidade e dimensão que alcançaria se contemplasse este público. Assim, descartou a ideia de prosseguir os estudos incluindo gestores, passando então a priorizar apenas profissionais de saúde da assistência direta.

Quanto à composição final, foi usado o critério de saturação teórica, ou seja, a coleta de dados foi encerrada a partir do momento que o pesquisador percebeu que as respostas estavam repetitivas e os achados empíricos permitiam dar conta de responder aos objetivos do estudo (FONTANELLA, 2008). Concluiu-se então a captação finalizando com 16 participantes, distribuídos entre os diversos profissionais de saúde que assistem crianças e adolescentes obesas distribuídos nos componentes da atenção básica e das especialidades ambulatorial e hospitalar, concentrados em duas regiões do município, decorrentes das indicações obtidas.

---

### **6.3 Entrevista semiestruturada**

Para a entrevista foi empregado um roteiro como guia (APÊNDICE A), o qual constou como os principais temas: relatos sobre experiências na assistência, facilidades e dificuldades, principais avanços e desafios, percepção sobre suas atribuições/atuações, conhecimento e uso sobre legislações e diretrizes, como acontece a relação/articulação entre eles no seu respectivo nível de atenção à saúde e com os profissionais de saúde dos demais níveis de complexidade de atenção à saúde, focando todos os assuntos na criança e adolescentes obesas da rede pública.

Foi respeitada a sequência das questões e princípio da flexibilidade para que fosse possível identificar elementos dos quais se propõe este estudo (FELICIANO, 2010).

Para as realizações das entrevistas utilizou-se um gravador digital e a duração média de tempo foi de quarenta e dois (42) minutos. Posteriormente, as entrevistas foram transcritas e analisadas por meio da análise de conteúdo (BARDIN, 2011)

### **6.4 Processo de análise**

As entrevistas tiveram início em junho de 2017 e encerraram em fevereiro de 2018, totalizando 16 participantes. Todas foram gravadas e transcritas.

O processo de análise teve como base a análise de conteúdo. Essa técnica fundamenta-se na hermenêutica controlada baseada na inferência (BARDIN, 2011).

Como ferramenta para auxiliar nas transcrições das entrevistas, transformando a gravação em áudio para texto, foi utilizado o programa *transcribe*, acessado por meio do site <https://transcribe.wreally.com/>. A cópia foi realizada de forma fiel e na íntegra, ou seja, nenhuma palavra ou frase foi desprezada.

A partir daí, iniciou-se a pré análise seguindo a regra da exaustividade onde todos os elementos contidos na fala dos participantes foram considerados, incluindo expressões e gestos que pudessem atribuir alguma mensagem significativa para o resultado da pesquisa leitura. A leitura do material foi exaustiva até a impregnação

---

dos conteúdos formulando as hipóteses com base nos achados. A construção das unidades de análise foi pautada com os objetivos desta pesquisa.

Para a categorização da fase empírica e reconhecimento de conteúdo pertinentes a pesquisa nas falas dos entrevistados, foram utilizados instrumentos estratégicos que pudessem auxiliar nessa ordenação. No primeiro momento, uma planilha excel foi usada como auxílio para distribuir as unidades de análises que emergiram do material empírico. Nenhum enunciado foi desprezado e foram agrupadas conforme semelhanças. Posteriormente, com mesmo objetivo de esgotar todos os temas, organizar e melhor analisar as respectivas relações entre eles, utilizou-se o programa NVivo versão 12.

Progressivamente, foram emergindo as categorias empíricas, e estas, à medida que apareciam, eram inseridas na ferramenta NVivo. Com isso, a pesquisadora fez nova observação, focada agora nas empíricas e assim um novo agrupamento foi realizado. Observando todas as empíricas que surgiram, a pesquisadora percebeu 3 grandes temas que foram categorizadas como analíticas.

Observou-se uma complexidade de informações expressadas por meio dos pensamentos representados pelas falas dos entrevistados. Partindo desses achados elencados, as informações posteriormente foram agregadas em unidades e colocados em um quadro categorial, dividido em duas colunas: Colunas referente as categorias empíricas e as analíticas.

As áreas empíricas contemplaram a avaliação das narrativas dos participantes categorizando conforme diversidades e semelhanças dos assuntos encontrados. Foi realizada descrição dos achados, buscando ver diversidade quanto formação e níveis de atenção à saúde, dialogo com a literatura e interpretação dos achados norteado pelos referenciais teóricos: da obesidade na criança e no adolescente, RAS e diretrizes, sobretudo, a Linha de Cuidado. Elencou-se 17 temas.

Quanto as categorias analíticas, foram criadas pela autora e reunidos em 3 categorias analíticas associadas as empíricas e ambas são resultantes de elementos pertinentes aos objetivos da pesquisa.

---

## 6.5 Considerações éticas

No que concerne as considerações éticas, a pesquisa teve início após aprovação em 11 de maio de 2017 por meio do processo número 2.058.089 do Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Católica de Santos (APÊNDICE C).

Quanto ao sigilo, a pesquisadora comprometeu-se em obedecer fielmente a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/12. Assim, as informações e resultados obtidos foram divulgados de maneira cuidadosa garantindo que em momento algum fosse exposto qualquer relato capaz de identificar os participantes e seus respectivos locais e região de trabalho.

Comprometeu-se também utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa, garantindo o respeito do participante em querer participar ou não da pesquisa considerando sua dignidade e autonomia e reconhecendo suas vulnerabilidades.

A entrevista somente começou após explicação e verificação da compreensão sobre o estudo, seus objetivos e eventuais riscos; leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Após assinatura, uma via permaneceu com o pesquisador e outra com o participante.

A pesquisadora pactuou com cada participante realizar a conversa em um ambiente privativo, respeitando o melhor momento, local de escolha do mesmo. Também para que não fosse exposto sua verdadeira identidade, no início da interlocução, cada integrante recebeu como codinome uma letra do alfabeto, obedecendo a sequência, ou seja, o primeiro a ser entrevistado foi chamado de “A” enquanto que o 16º e último a compor o grupo foi nomeado de participante “P”. Futuramente, a fim de que facilitasse a compreensão do leitor, nos resultados essas letras foram substituídas em sequência por números naturais.

---

## 7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 7.1 Caracterização dos participantes

Foram entrevistados 16 profissionais de diferentes serviços, formações e níveis de complexidade, descritos no Quadro 3.

Quadro 3: Caracterização dos participantes por idade, sexo, tempo de atuação com crianças e adolescentes obesas, formação, especialidade e componente de atenção à saúde, Município de São Paulo, 2017-2018

Participantes	Idade	Sexo	Tempo de atuação com crianças e adolescentes obesas (anos)	Formação	Especialidade	Componente de Atenção à Saúde que atua
P1	29	F	10	Nutrição	Clínica	Terciária
P2	45	F	10	Medicina	Endocrinologista	Terciária
P3	56	F	Não mencionou	Medicina	Neonatologia	Gestão
P4	36	F	3	Nutrição	Em DCNT	Secundária
P5	63	F	7	Medicina	Pediatria	Secundária
P6	64	F	7	Psicologia	Adm hospitalar, psicodrama e terapia familiar	Secundária
P7	31	M	8	Medicina	Clínica e endocrinologista	Terciária
P8	51	F	15	Medicina	Pediatria	Primária
P9	32	F	1	Nutrição	Oncologia	Secundária
P10	58	M	10	Medicina	Psiquiatria	Terciária
P11	40	M	2	Educação Física	Várias	Terciária
P12	31	M	10	Nutrição	Nutrição na Atenção Básica e em Saúde Pública	Primária-NASF
P13	50	F	9	Educação Física	Dependência Química	Primária-NASF
P14	45	F	3	Enfermagem	UTI adulto e adm hospitalar e Saúde Pública	Primária
P15	40	F	11	Enfermagem	Gestão	Primária-NASF
P16	58	F	20	Psicologia	Psicologia hospitalar e clínica na infância	Terciária

Fonte: Quadro construído pela autora da pesquisa.

Observa-se que entre os 16 profissionais entrevistados, há prevalência de médicos e, em segundo lugar, de nutricionistas. Quanto as especialidades, 2 médicos são pediatras, 2 são endocrinologistas, 1 é psiquiatra e 1 é neonatologista. Em relação aos nutricionistas, 1 é especialista clínica, 1 em Doenças Crônicas Não Transmissíveis, 1 em oncologia e 1 em Atenção Básica. Foram entrevistados 2 educadores físicos, sendo que um deles revelou ter várias especialidades. A maioria dessas especialidades são em atividades esportivas, principalmente em rede privada, com apenas 2 anos de atuação em rede pública. Este profissional mencionou que sempre trabalhou com crianças e, por ter esta habilidade, foi convidado há 2 anos para atuar com crianças e adolescentes obesos. Revelou ter entusiasmo com esse público, mas declarou ter pouco conhecimento em rede pública. Quanto às enfermeiras, uma delas sempre atuou na rede pública em atenção primária e sempre teve contato com obesidade. A outra profissional está formada há 22 anos, mas há aproximadamente 18 anos atua na rede pública, sendo a maior parte deste tempo como gestora. Mais recentemente, há cerca de 6 anos, passou a trabalhar como enfermeira assistencial da Atenção Básica. Informou que apenas em 2015 passou a ter contato direto com crianças e adolescentes obesas, quando, na época, foi trabalhar em uma faculdade como docente administrando aulas teóricas e acompanhando práticas assistenciais em saúde coletiva.

No que se refere a especialização em Saúde Pública, dois afirmaram ter feito curso de especialização.

No geral, observa-se que a maioria atua há mais de 10 anos no SUS, com a predominância da atenção terciária, seguida da primária. Neste tempo percorrido, constata-se que a maior parte dos entrevistados prestam assistência a crianças e adolescentes obesas há pelo menos 5 anos.

Quanto a idade e sexo, nota-se que a maioria dos participantes estão entre as idades de 40 a 65 anos enquanto que, no que diz respeito ao sexo, prevaleceu o feminino.

De maneira global, percebe-se que o público elemento deste estudo tem vasta experiência em atuar na rede pública, assim como com crianças e adolescentes obesas.

---

## 7.2 Análise dos resultados

A partir das falas dos participantes, foi possível classificar 3 categorias analíticas e suas respectivas categorias empíricas as quais estão representadas no quadro a seguir.

Quadro 4: Categorização dos temas embasado na análise dos depoimentos dos entrevistados, Município de São Paulo, 2017-2018

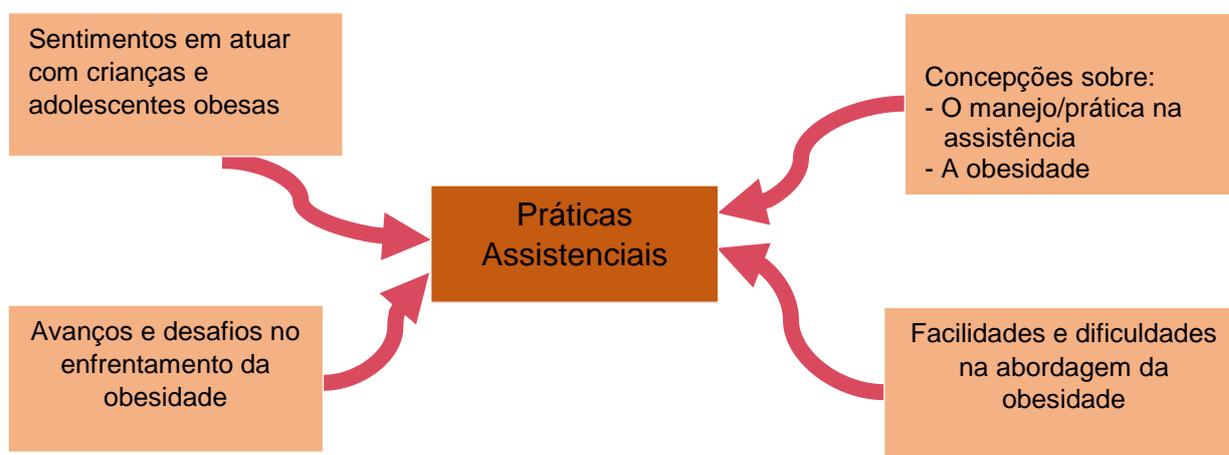
Empíricas	Analíticas
Concepção sobre manejo/prática na assistência Sentimentos em atuar com crianças e adolescentes obesas Avanços e desafios na assistência e no enfrentamento da obesidade Facilidades e dificuldades na a assistência e no enfrentamento da obesidade Articulação entre profissionais de saúde no serviço em que atua Fluxos de pacientes Atividades assistenciais desenvolvidas com os pacientes Comunicação Concepções sobre a obesidade	Práticas assistenciais
Conhecimento sobre Leis e diretrizes específicas na assistência com crianças e adolescentes obesas Percepção entre Leis e diretrizes específicas e as práticas assistenciais Concepção sobre uso de normas da instituição onde atua ou outras fontes	Relação entre as práticas assistenciais com crianças e adolescentes obesas e as Leis e diretrizes
Percepção quanto atribuições e competências por Níveis de Atenção à Saúde Percepção sobre articulação-integração entre os profissionais de saúde nos diferentes Níveis de Atenção à Saúde Prática sobre encaminhamentos (referência e contra referência) entre os profissionais de saúde nos diferentes Níveis de Atenção à Saúde Prontuários eletrônicos Fluxos de pacientes Percepção sobre referência e contra referência Comunicação Percepção quanto disponibilidade de serviços/profissionais específicos para assistência a criança e adolescente com obesidade, por nível de atenção	Relação entre a prática assistencial e as dimensões da Rede de Atenção à Saúde

Fonte: Quadro construído pela autora da pesquisa.

### 7.2.1 Práticas assistenciais

Nesta categoria analítica foram resgatados, por meio dos depoimentos, sentimentos, percepções e tensões no que se refere a assistência de crianças e adolescentes obesas. Participantes trouxeram situações diversas relacionadas às emoções sentidas em prestar assistência a esses pacientes. Os diálogos reuniram ainda compreensões desses profissionais de saúde no que diz respeito aos fatores que lhes facilitam ou dificultam suas práticas, passando também por manifestações de olhares passados e futuros, revelando avanços e desafios que colaboraram ou poderão contribuir no processo de melhorias no cuidado a este público. A figura 4 representa temas centrais extraídos dos diálogos dos entrevistados, as quais geraram esta categoria analítica e serão discutidas a seguir.

Figura 4 – Categoria analítica e respectivos temas centrais da categoria empírica extraída dos participantes, Município de São Paulo, 2017-2018.



Fonte: Figura construída pela autora da pesquisa.

Assim, diante dos relatos de vários participantes, houve declarações de que a obesidade na criança e adolescente é assunto considerado relevante por se tratar de uma doença epidêmica, complexa, de difícil abordagem e uma condição de agravo à saúde.

Alguns advertem que há certa desvalorização e banalização da obesidade, em especial em crianças e adolescentes, pela população em geral e pelos próprios

---

profissionais de saúde, transmitindo em suas falas inquietações a esse respeito, apontando a necessidade de uma atenção especial e um olhar mais cuidadoso.

A seguir, algumas manifestações:

*(...) então acho que a forma como a obesidade é vista, ela é tratada, ela é abordada é em termos não só nacional, mas mundial mesmo não tá funcionando (...) então, acho que a gente vai precisar rediscutir pedagogicamente (...) pra fazer com que as pessoas e os próprios profissionais de saúde entendam que a obesidade é uma doença e que a abordagem não pode ser tapinhas nas costas, não é! (...) então, eu acho que é uma doença de difícil abordagem porque a gente tem um arsenal terapêutico é, restrito. (P2)*

*Certo! O manejo da obesidade, logicamente...acho que nos últimos muito anos, eu ia falar dez anos pra cá , mas acho que é muito mais...isso se tornou epidêmico, porque a gente vê muito mais obeso (...) Hoje em dia, a nossa preocupação é essa e a gente tá pedindo uma atenção maior para os médicos na Unidade e, principalmente, a partir do Programa Saúde na Escola, que a gente consiga fazer com que as pessoas percebessem que a obesidade realmente vai trazer, pode trazer graves doenças pra essas crianças, quer dizer, já é uma doença em si. (P3)*

*(...) nem todos os profissionais, eu vou te dizer que tenham essa sensibilidade. Sabem que é uma patologia, sabem que é uma doença, sabem que precisa de um cuidado de perto, mas eu acho que a nossa sociedade acabou aceitando obesidade como uma coisa, né!...realmente de a gente saber tudo o que tem que ser feito, mas a gente faz tudo ao contrário (...) os profissionais de saúde sabem do cuidado que tem que ter... mas eu acho que é uma coisa...que a nossa sociedade começou a banalizar... erradamente... (P3)*

*(...) transplante hepático infantil, uauuu!!!...eu acho que as pessoas elas valorizam muito né, não que não seja, também é, mas, a obesidade infantil é tanto quanto essas outras áreas (...) quando a gente fala de obesidade, a população é acaba desvalorizando um pouquinho, é só comer menos que tá tudo resolvido e não é bem assim né! (P4)*

*(...) acho que fica muito no: “ah! é comum...” mas não sei se alguns serviços encaram a obesidade com a complexidade que precisaria, então, acho que pode ser por isso que não tenham tantos espaços pra discutir sobre. (P12)*

*Eu acho o seguinte, que a obesidade é cada vez mais comum, é um problema cada vez mais comum, não é um problema simples de tratar (...) envolve de fato uma equipe (...) envolve mais coerência interna de atuação né! (...) é um trabalho muito árduo e não muito fácil de desalocar do ponto de vista psíquico. (...) acho que não é um fenômeno fácil de... de trabalhar não. A obesidade...é muito difícil... é resistente. (P16)*

---

Dois participantes perceberam e destacaram que a obesidade na criança e adolescente precisa ser entendida como um problema de Saúde Pública.

Seguem seus pensamentos:

*(...) e, muitas vezes, a gente não recebe a contra referência. Encaminha para um especialista e ele não dá o retorno do que está acontecendo, a família não retorna com a gente e isso tem sido muito orientado: que isso têm que acontecer: a referência a contra referência. A gente saber aonde está esse paciente, como ele tá... né! tem que ser visto realmente como um problema de saúde pública. (P3)*

*Acho que precisariam ter mais espaços pra que gente possa discutir esses cuidados assim nos territórios. (...) falando da obesidade, mas, discutir como não ter mais pessoas obesas né...então, espaços que a gente pode ter de prevenção, de promoção de saúde é, pensando na obesidade, é como um problema de Saúde Pública. (P12)*

Em 2002, o periódico “Nutrición Hospitalaria” publicou um estudo quantitativo de Tojo, apresentado no VIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Nutrición, alertando que a obesidade em crianças e adolescentes é uma doença emergente, de alta prevalência, corroborando que é ameaçadora para a saúde biopsicossocial e um problema emergente em pediatria e na saúde pública. O estudo expressa as causas do desenvolvimento da obesidade, destacando que para época, as relações entre as condições ambientais e a alta prevalência era algo novo, porém já apontando que a obesidade era uma doença da sociedade industrial, em particular, relacionada a dieta inadequada e a falta da atividade física (TOJO, LEIS-TRABAZO, 2002).

Um estudo quantitativo recentemente publicado no periódico The Lancet retrata que a obesidade infantil aumentou 10 vezes nas últimas 4 décadas. Os dados do estudo mostram que a obesidade em crianças e adolescentes no mundo será maior até 2022 quando comparadas com as moderadamente ou severamente abaixo do peso (NCD RISK FACTOR COLLABORATION, 2017). Essa pesquisa consolida o afirmado por Tojo no ano de 2002.

No entanto, apesar da sua complexidade inerente, no que se refere aos sentimentos expressados na assistência de crianças e adolescentes obesos, uma nutricionista (P1) e um educador físico (P11), ambos da atenção terciária, revelaram que prestar assistência a esse público infantil e de adultos jovens traz sentimentos

---

positivos, pronunciando que se sentem motivados e têm prazer em cuidar desse grupo de pacientes, mas, ao mesmo tempo, constataram o quanto é desafiador e frustrante. A nutricionista revelou que estes últimos ocorrem pelo fato de que nem sempre o desfecho é o esperado ou o que foi programado. Já o educador físico disse que no início de seus trabalhos com crianças e adolescentes obesas do SUS, foi despertado um sentimento de frustração. Comparou com as atividades desenvolvidas na rede privada, onde também tem experiências com esse público. Refere que na instituição privada conseguiu trabalhos personalizados 3 (três) vezes por semana e no mínimo 8 (oito) atendimentos no mês, não mencionando a duração de cada encontro. Na rede pública, destacou que o atendimento é único e mensal, sendo assim, percebeu que tem que dar conta de suas atribuições e tentar atingir os objetivos em um único encontro mensal num tempo de uma hora. Além desses impasses, percebeu as dificuldades encontradas pelos pais ou cuidadores em poder trazer essas crianças mais vezes para atividades com o educador físico, pois vários vem de muito longe e reconheceu as questões socioeconômicas dessas famílias, e por este motivo, entendendo que é menor a adesão e maior o absenteísmo.

Foi percebido que ambos traziam em suas mensagens aflições, cada um adotando um tom de voz particular, referindo incessantemente a busca de caminhos alternativos na procura de soluções que possam gerar alguma mudança de hábito alimentar e algum resgate da valorização das atividades físicas. Fizeram referência também a incansáveis tentativas para que esses pacientes reduzam seu peso, sobretudo aqueles que apresentam de alguma forma resistência ao tratamento.

Além desses dois profissionais, outros explanaram que passaram por emoções negativas durante suas práticas assistenciais. Uma educadora física da atenção primária atuando na equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família- NASF (P13), declarou que ela, juntamente com demais profissionais da equipe, desenvolveram várias estratégias com grupos de crianças obesas graves em um determinado território da região Sudeste do município de São Paulo, mas que experimentaram um sentimento de tristeza pois não havia adesão das crianças, mesmo modificando as atividades e tentando fazer atendimentos individuais para preparar as atividades em grupo.

---

---

A seguir, algumas declarações dos profissionais acima citados:

*(...) não diria nem...nem colocar como frustração, mas às vezes é o que puxa, a gente programou e não foi conforme, a gente planejava, a gente tem que saber lidar também né. (P1)*

*Então assim, no começo foi bem frustrante né. Eu tenho...eu venho trabalhando com isso até o meu emocional, porque, eu como sempre vim da área privada. Qual que é o grande lance que eu sinto né. Eu tenho contato com elas apenas uma vez por semana, muitas crianças vêm de muito longe. Moram super longe, já vem também de um fator socioeconômico difícil né. (...) e eu...é assim, eu não consigo ter aquela...aquela aderência que eu gostaria que eles tivessem né. (...) eles vêm uma vez por mês. (...) e eu acabo vendo as crianças uma vez por mês da mesma turma (...) nessa uma hora eu tenho que fazer um trabalho que eu teria que fazer durante um mês inteiro (...) quando eu falo de privado é, eu tenho alunos que fazem trabalhos personalizados três vezes por semana. Tem crianças nos clubes que tem duas vezes por semana né, acaba sendo no mínimo oito atendimentos por mês... que é o mínimo aceitável. (P11)*

*Então, eu achei que foi um projeto assim que a gente, depois que a gente avaliou a gente ficou assim, meio triste com isso, porque, foi de baixa adesão. (P13)*

Contudo, apesar dos sentimentos negativos aqui descritos por alguns participantes, a mesma nutricionista (P1) relata que sente prazer em trabalhar com esse público, especialmente com pacientes da rede pública e que por meio do seu trabalho sente satisfação pessoal e percebe do mesmo modo que é uma forma de devolver para sociedade aquilo que lhe foi permitido fazer por ter se formado em uma universidade pública. Ao explicitar este sentimento, o falava de forma feliz e descontraída, muito à vontade manifestando alegria e satisfação. Da mesma forma, o educador físico (P11) disse que, por receber feedback positivo dos pais e notar que as crianças que comparecem desenvolvem as atividades propostas com alegria e satisfação, fica motivado em continuar atendendo esse público.

Assim foram expressadas as falas:

*(...) assim, pessoalmente, um aprendizado muito grande né, que eu tenho. É um prazer eu acho que até pelo fato de ter estudado em uma universidade pública eu sempre tenho isto muito forte assim em mim, muito claro, que eu quero devolver isto né, de alguma forma pra sociedade também. Então, eu diria que é uma satisfação bem grande é*

---

---

*um desafio ali. Quando a gente sai da teoria e vem pra prática né, é (...) a gente vê que tem um desafio muito grande. (P1)*

*Uma coisa que a gente vem acompanhando muito que é, eu não esperava, mas que tá sendo muito legal é o retorno que os pais têm me trazido, feedback é que é um dia cansativo né, pros pais é cansativo, se imagina para as crianças (...) eles passam, chegam aqui as duas da tarde e vão embora às 19/20 horas. Então muitos tão vindo com esse entusiasmo devido a atividade física, isso tem sido um retorno muito positivo, é que me faz manter, me faz realmente continuar. Porque (...) é um pouco frustrante... porque a gente não consegue dar aquele andamento que a gente gostaria, devido as diversas dificuldades, mas de saber que eles vêm no dia do atendimento, super empolgados pra aquela atividade física né, pra aquele nosso encontro, então isso tem me motivado (...) quando eu cheguei no setor público, e realmente é um atendimento a cada...no mês, então, a minha sensação de início, era: "puxa mas meu trabalho aqui... é, eu fiquei frustrado, aí ficava e eu não conseguia mensurar (...) eu comecei a ter esse feedback de que tava sendo positivo né (P11).*

Tais revelações nos permitem dizer que profissionais de saúde que prestam cuidados às crianças e adolescentes obesas passam por conflitos de sentimentos. Ao mesmo tempo em que cuidar de crianças e jovens com excesso de peso na rede pública é bom, também provoca descontentamentos profissionais, ou seja, emoções contraditórias.

Voltando no que diz respeito ao lado positivo de executar o manejo da obesidade em crianças e adolescentes, a enfermeira da UBS (P14) disse que ao final de um processo estratégico para fazer diagnósticos de obesidade e cuidados a um determinado grupo de crianças, compartilhado com o Programa de Saúde Escolar - PSE em uma escola infantil localizada em uma região central do município de São Paulo, pôde provar sensação de prazer e felicidade ao ver que os resultados foram satisfatórios. Logo abaixo, está a manifestação da profissional.

*(...) agora na assistência, aí foi muito prazeroso, foi muito gostoso assim eu ver a evolução de como eu os peguei em 2016/2017 ter reduzido né, a questão da obesidade lá na escola, assim pra mim é uma felicidade vê como que as mães entenderam mesmo né. Eu tive uma, pra você ter uma ideia, eu tive uma mãe lá que ela alimentava a criança só com miojo, e hoje a criança come de tudo. (P14)*

Em referência ainda a esta questão, profissionais despontaram também que é um momento de aprendizado pois abre oportunidades de discussões diversas. Há

---

---

troca de experiências entre eles, pacientes e seus familiares, além de despertar constante necessidade de ter que estudar sobre a temática.

Um dos pediatras (P5) abordado divulgou que em suas consultas, em meados de 2012, percebeu que de 16 atendimentos, 12 estavam com sobrepeso e por volta de 3 ou 4 já estavam obesos. Isso passou a chamar sua atenção e então foi atrás de estudos sobre essa questão buscando, segundo o participante, aprimorar seus conhecimentos e, conseqüentemente, produzir intervenções com mais qualidade.

Abaixo algumas declarações:

*(...) este paciente que é importante né, no contexto familiar, e é um aprendizado que a gente tem também, eu diria que, assim falo para os acadêmicos aqui que é uma faca de dois gumes, aqui são dois lados e a gente tem uma troca muito grande eu falo que aprendo muito, quando a gente tem estas discussões e a gente, vê assim, alguma abordagem diferente de repente pra contornar o que o paciente trouxe, uma resistência maior. (P1)*

*Aprendi é, com os erros do manejo com paciente, do manejo com a família, ãh...dos exames que a gente pede, que um é mais importante que o outro. Isso com os anos “cê” vai aprendendo. Então, todo dia se estuda. (...) por exemplo, eu achava que o ultrassom de abdômen, eu com minha formação em Saúde Pública... era um absurdo, que eu “tava” gastando dinheiro do SUS, que não ia dar em nada. Hoje eu tenho 50 crianças ou mais (...) com esteatose. Então, é importante fazer, tinha bobagem isso que eu falava. Tinha que o manejo me ensinou. (...) são coisas que você vai aprendendo com o tempo né, então é todo dia aprendendo, tentar melhorar. (P5)*

Poucos estudos trazem as emoções referidas por profissionais de saúde que realizam assistência à crianças e adolescentes obesas. No entanto, um estudo de abordagem qualitativa sobre a percepção dos profissionais de saúde que prestam assistência a crianças e adolescentes obesas no SUS, na cidade de Porto Alegre, relevou achados semelhantes ao presente estudo, em que os profissionais relatam sentimentos conflitantes em um híbrido de impotência e gratificação (DORNELLES; ANTON, 2013).

O que foi possível compreender com esses relatos é que, mediante as dinâmicas do labor, dificuldades encontradas para desempenhar um trabalho que possa ser descrito como digno e independente da diversidade entres eles (de

---

---

profissão e de ponto de atenção em que atua), a maioria parece desenvolver em algum momento certo tipo de anseio, ora positivo, ora negativo.

Com relação as atividades desenvolvidas, no geral cada um realiza as intrínsecas as suas profissões. No entanto, vale destacar alguns pontos trazidos pelos protagonistas desta pesquisa.

Vários participantes não médicos, dos vários pontos de atenção à saúde, disseram que realizam tanto atendimentos individuais quanto em grupo, enquanto outros atendem exclusivamente grupos. De acordo com as informações obtidas nas narrativas, estes são organizados de forma homogênea, ou seja, são agrupados por idade e gravidade.

A participante psicóloga, atuante no componente de atenção secundário (P6) descreveu que a definição pelo atendimento individual ou em grupo é feita pelas pediatras, visto que a avaliação inicial é realizada por elas, assim como o direcionamento para equipe multiprofissional. Segue sua fala:

*Então como aqui tem a parceria com o SUS né! Então vem das UBS's, são encaminhadas para os médicos daqui, para as pediatras, são responsáveis pelo ambulatório de obesidade, e a partir daí elas encaminham pra gente, então encaminham para nutricionista, psicóloga, para fisioterapeuta. Então, é a partir daí que elas vêm pra gente. Aí as próprias pediatras é que tem uma possibilidade de pensar se há necessidade de atendimento individual ou pode ficar só no grupo. Porque existem casos que as pessoas têm muito mais consciência, sabe lidar um pouco melhor então pode ficar só no grupo, aí quando necessário elas encaminham para o individual. (P6)*

Participantes de um componente terciário descreveram que os grupos vão se formando após passarem por uma triagem. Segue um desses relatos:

*Então, o máximo que a gente recebe e, a gente tem uma triagem, né o paciente vem a gente faz uma avaliação de gravidade da obesidade e a gente vai juntando os grupos nem todo mundo entra. (...) A gente forma grupos que são homogêneos em termos de idade, gravidade da obesidade, das doenças associadas, (...) a gente não junta no mesmo grupo uma criança com 11 e outra com 17 são dois mundos diferentes né. Não dá pra juntar uma que tem obesidade leve com uma, que ali tem 11 anos que tem cento e tantos quilos...então, a gente tem que fazer esse grupo, pra que ele seja mais homogêneo pra que os pacientes fiquem mais à vontade entre si. (P2)*

---

Quanto as táticas de abordagem para este grupo, o educador físico (P11) diz que o primeiro encontro “é um bate papo” que resgata dos presentes informações sobre como foi a semana, como tem sido as atividades físicas e, na sequência, faz uma explanação teórica sobre alguns temas que julga serem relevantes, em especial, sobre os benefícios das atividades físicas e assim por diante. Percebe que muitos chegam absorvidos na ideia do ganhar ou perder peso. Diante disso este profissional, por ter vasto conhecimento e ser especialista em saúde mental, discursa também em sua apresentação inicial temas relacionados ao sistema neurológico, relacionando com a saúde mental, na tentativa de tirar o foco dessas crianças e adolescentes quanto a questão do engordar ou emagrecer. Também usa como estratégia, ao final da atividade do dia, técnicas de relaxamento e ioga, outra expertise relatada pelo educador físico, cujo objetivo é alcançarem a tranquilidade. Descreve que a partir daí os pacientes trazem suas dúvidas e o profissional faz a conexão com temas sobre nutrição, compulsão alimentar, dentre outros.

*(...) eu venho trazendo muito pra eles essa parte em relação a saúde mental né, esse link da saúde mental. Então, nós temos um quadro eu levo um quadro negro, (...) eles têm uma aula teórica de quinze a vinte minutos, e a gente tem mais quarenta e cinco de físico, de prático e os quinze minutos finais de volta a calma. Então eles trazem todas as dúvidas que eles têm, e eu vou mostrando um pouquinho sobre como funciona a atividade física... ela atua no nosso sistema nervoso central o sistema como recompensa, desse fator de vontade de compulsão alimentar. Eu tento trazer muito essa parte de como a atividade física né, como...tirar um pouco o foco deles do só o engordar e emagrecer...mas como vai melhorar a qualidade de sono, os estudos né, o quanto hoje a atividade física...eu falo muito pra eles, eu falo: “hoje nós podemos falar, quem faz atividade física fica mais inteligente né!” (P11)*

Outro ponto interessante que vale descrever e que foi mencionado por este profissional refere-se a forma que este usa para apresentar as modalidades esportivas e despertar nessas crianças e adolescentes interesse em praticá-las. Abaixo está seu discurso e exemplifica um caso onde a criança passou a jogar tênis:

*Nesse nosso encontro cada dia eu trago uma modalidade diferente né, pra que eles tenham esta vivência, pra que talvez dentro de cada vivência, cada um desperte, (...) já fizemos, inclusive eu trago até o tênis aqui pra dentro (...). Mas eu vou variando bastante as modalidades pra que talvez cada um desperte algum interesse pra alguma modalidade e, depois eu tento “estrategiar” com a família o que seria viável levando algumas opções particulares, de academias, clubes, algumas instituições*

---

*públicas, como o SESC's, balneários, pra que as crianças deem continuidade nesse processo de atividade física. (P11)*

*(...) algumas famílias aderiram. Conseguiram colocar seus filhos duas vezes por semana na natação, no futebol. E muitos despertaram o interesse nessas aulas que a gente faz né, a cada mês. Ah! teve até um garoto que conseguiu fazer tênis ...tinha um tênis social perto da região onde ele morava, e ele nunca tinha feito uma aulinha de tênis e aqui despertou e ele viu aquilo pra ele e conseguiu, ele tá lá no projeto do tênis. (P11)*

Ainda em relação as práticas assistências em grupo, a educadora física do NASF (P13) expôs que no território onde trabalhava anteriormente desenvolvia atividades lúdicas, buscando recuperar a importância do brincar e aumentar a adesão ao tratamento.

*A gente via que essas crianças já estavam assim, bastante comprometidas com o peso, com dificuldade de mobilidade né, então, mas era assim, foi bem difícil pra adesão. Então a gente pensou em grupos. A gente fez de manhã, fez à tarde, a gente organizou um cronograma assim, super diversificado de atividades, mas a adesão era pequena tá!. (...) óh! a gente vai brincar, a gente vai simular um acampamento, a gente vai fazer brincadeiras de roda, é isso, acho que trazer este estímulo pras crianças, que muitas delas nem sabe mais o que que é, né, então, a gente fez algumas ações, assim (...) a gente fez um dia nessa comunidade, ações de estimular a atividade física, o exercício físico e o brincar, então a gente levantou todas as brincadeiras que todos nós como adultos e funcionários sabíamos fazer e montamos vários circuitos, então, foi um dia inteiro de gincana, de pintura no rosto, de fabricação de máscara, de cinema, de jogar bola. Então é era isso, era o brincar. (P13)*

No entanto, uma pediatra da atenção primária (P8) referiu que em seu trabalho as atividades se resumem em simples consulta no seu consultório, ou seja, não existem formação de grupos com os pacientes.

*(...) não tem grupo... não tem grupo de obesidade, não tem grupo de nada, não tem assim, uma enfermeira ou uma pessoa que faça grupo de obesos, de crianças obesas, é... até antigamente, quando tinha nutricionista, ela fazia até cozinha experimental, não tem a cozinha experimental, entendeu? Não tem, se tivesse uma cozinha experimental, se pegasse essa mãe que ainda tá amamentando e mandasse ela lá pra cozinha com a criança de 5 meses, assim antes de começar, ensinar as coisas lá, quem sabe talvez desse certo, mais pra frente, mas não tem, é uma falta, faz falta, faz falta. (P8)*

---

A participante gestora (P3) destacou a importância de formar grupos:

*Eles [refere-se aos profissionais da atenção básica] procuram dar o melhor que eles podem, pensando nessas ações coletivas, com esporte, com encaminhando para grupos de dança circular, de capoeira e fazendo a parte de atenção de orientação, de nutrição, tudo, mas, eu acho que ainda tá muito incipiente isso, (...) precisaria fazer grupos mais fortes com esses pacientes para acompanhar, para realmente ter grupos. Assim como a gente faz grupos de hipertenso, de diabético, ter um acompanhamento mais de perto com essas crianças e com esses adultos também, né! (P3)*

Das atividades em grupo, observou-se neste estudo que predominou as diversificadas nas formas lúdicas, juntando atividades terapêuticas com o brincar objetivando despertar interesse nos membros participantes. Grupos mais homogêneos parecem favorecer resultados mais positivos dada as semelhanças e facilidades de comunicação entre o profissional e os pacientes. Bons resultados podem ser atingidos nas intervenções realizadas em grupos pois isso beneficia um número maior de pacientes por profissional. No entanto, as práticas em grupo ainda são exercidas quase que exclusivamente por equipes não médicas. Nota-se que os profissionais médicos ainda realizam suas práticas no formato tradicional, ou seja, por meio de consultas individuais, raramente em grupos.

Estudos mostram que as intervenções em grupo são uma forma de trabalho que permite a interação e troca entre os participantes, caracterizando-se como espaço de acolhimento às angústias frente a um quadro clínico. A criação de grupos de semelhantes em um ambiente de apoio parece proporcionar melhores resultados quando comparados com atendimentos exclusivamente individuais. A utilização de dinâmicas em grupo possibilita também otimização de tempo para os serviços, além de poder contar com um número maior de pessoas. No entanto, tem como desvantagem o desafio de conseguir reunir todos em um mesmo dia e horário de modo que satisfaça a todos os participantes. (REIS, 2010, PORTA, 2006, MELLO, 2004)

No que se refere às dificuldades no manejo dessas crianças e adolescentes, vários destacaram o quão difícil é fazer o manejo da obesidade e modificar os hábitos, acima de tudo, em crianças e adolescentes, pois é um desafio maior visto que a mudança e o resultado esperado nem sempre dependem apenas deles mas também

---

de questões sociais e culturais dos familiares e cuidadores que por vezes não percebem que a obesidade é uma doença e que pode ocasionar uma série de agravos à saúde, em especial, no campo das doenças cardiovasculares e da saúde mental.

*(...)a Organização Mundial da Saúde hoje, ela...ela recomenda 120 min de atividades físicas diária. Se for pra levantar com quem consegue fazer isso, de 50, são 5...6 pessoas que conseguem manter isso né, (...) Agora "cê" imagina uma pessoa que já vem com uma comorbidade né, já tem... já sofre ... as crianças sofrem muito bullying né, o quanto é difícil pra essas crianças irem pra uma atividade física né, ir...principalmente pra uma atividade em grupo, entrar numa academia, ir para um clube, ir pra uma natação ter que tirar a roupa né, então... não é fácil né. Pra nós... pra mim já é difícil, que eu vivo disso, eu treino todos os dias. É uma luta constante, com...com a minha mente, é uma luta constante, é matar um leão por dia, eu costumo dizer por mais que você crie o hábito, o grande lance é a gente ter a mudança de hábito, cria o hábito, mas mesmo assim ainda vai ser é, algo diário, é uma...uma briga diária. (P11)*

*Então, eu acho que é uma temática é bastante difícil da gente conseguir, mudanças assim, entendeu! tem que ter muito empenho, acho que da família, desse contexto social, de consumo, o que consumir e desse estímulo pra gente sair desse funcionamento mais sedentário que a gente tem, infelizmente né! (P13)*

Seguindo ainda essa linha de raciocínio, no que diz respeito às dificuldades na assistência, uma endocrinologista, profissional da atenção terciária (P2), descreveu que “*chega a ser um mundo cheio de emoções*” ao informar que em suas práticas tem dificuldade de intervir pois recebe crianças e adolescentes muito graves, em estágio bem avançado, apresentando muitas comorbidades acompanhadas de complicações cardiovasculares e respiratórias e, dependendo da idade, não consegue prescrever medicamentos por não ter legislações específicas para menores de 16 anos. Paralelamente a isso, narra que há conceitos errados sobre a obesidade, em particular com crianças e adolescentes, em todo o mundo, incluindo os próprios profissionais de saúde o que, em sua opinião, interfere na busca precoce pela doença. Responsabilizou também o sistema público de saúde, verbalizando que ela e sua equipe da atenção terciária “*recebe aquilo que o sistema falhou*”, reforçando que o serviço é negligente com os casos de obesidade e não percebe ações de prevenção na atenção primária (APS). Em sua descrição da situação adotou tom de crítica intensa e demonstrou irritabilidade durante quase toda a entrevista. A seguir, estão trechos de sua conversa onde expressa suas dificuldades de abordagem a estes pacientes graves, sua ira com o sistema de saúde e incrementa exemplificando uma

situação onde presenciou um congressista pronunciando sua visão sobre em qual momento deve ser tratado os pacientes obesos.

*Veio um pesquisador da clínica MAIO pro congresso da ABESO (...) e ele chegou e falou assim: "Olha, a obesidade, você não tem que tratar se o paciente não tem doença associada, você só deve tratar quando ele tiver doença associada" aí eu disse: "Nossa! parece um brasileiro, fecha a porta depois que é roubado. (P2)*

*E quando chega um caso desse, né, é... a gente...que que você faz com isso, "cê" tenta...tenta com medicamento...e às vezes a gente tenta alguma aquisição de um balão intra gástrico pra ver se perde peso mais rápido, pra fazer o procedimento. (P2)*

*Eu acho que quando a gente fala em obesidade, eu acho que esses casos que eu exemplifiquei de encaminhamento, né como... encaminhamento pra tratar obesidade, de quase quando o paciente já...já morreu, né, ou então quando você não tem mais o que fazer. Porque se não tem mais o que tratar clinicamente, paciente se quer tem indicação de tratamento cirúrgico, que às vezes tem um risco cardiovascular alto demais. Então essas mortes, né, essa gravidade ela poderia ter sido reduzida se esse paciente fosse abordado inicialmente. É muito mais fácil você cuidar de um paciente com IMC de 30 que um paciente com IMC de 35, de 40, de 50, de 60, de 70 (...) em crianças eu já vi 50, 60 aqui não é muito difícil. E aí você olha assim: nossa, porque que mandaram agora? né, porque que mandaram agora? É tanto que quando chega...eu nunca fecho a porta, é paciente de obeso grave eu disse entra, é obeso grave eu disse, eu nunca falo não. Entra, não sei o que que a gente faz, mas tem que entrar e tem que ficar, porque eu sei que ele não vai ter um atendimento... onde que ele vai ser atendido, né? Onde que ele vai ser atendido? Tem muito médico que manda paciente ganhar peso porque acha que ele tá magro, sendo que ele às vezes já tem até sobrepeso. Não faz diagnóstico. Tem que fazer diagnóstico. Então acho que, fazer diagnóstico é fundamental, mesmo que os SUS não trate. Dê a cara pra bater. (P2)*

No que diz respeito as dificuldades relacionadas às práticas das atividades físicas, as aflições e pontos de tensões não são percebidas e nem enfrentados de forma diferente entre os componentes de atenção à saúde. Os profissionais relataram que a rede pública não dispõe suficientemente de espaços públicos que possam proporcionar algum tipo de atividade gratuita e que ofereça impacto sobre a população infantil e jovem de forma a obter resultados satisfatórios na prevenção e controle da obesidade. Alguns profissionais com tom de desgosto em sua voz relataram que menos ainda podem contar com o profissional educador físico. Olham como grande desafio.

*Avanços e desafios? Éhéh vou começar do 0, ter uma rede integrada, ter um serviço que eu possa encaminhar, um serviço social atuante tá? Éhéh tá precisando de esporte? Tá precisando de esporte, tá? Vamos ver onde vai encaixar, vai atrás, tá? Alguns fazem no Ibirapuera, mas é uma fila “pra” entrar, uma fila. A ACM, não tem, tinha bolsa antigamente, agora não tem, muito difícil. Parque “pra” andar, não tem, éhéh... disponibilidade de ir e vir, tem mãe e pai que não tem como ir e levar e trazer tá, então assim, acho que tem que ter uma rede integrada. Serviço social, educação física, coisa que não tem, integral com a escola com a creche. (P8)*

*Aqui por exemplo, não tem um local onde a gente encaminha essa criança pra fazer uma atividade física, não tem um local específico que a gente conhece. Eu desconheço. Então “cê” vai mandar essa criança fazer uma atividade física aonde? Não tenho referência né. (P15)*

*(...) então, lá [referindo ao outro território onde trabalhava] a gente tinha o CÉU, que tinha várias atividades físicas pra criança. Tinha natação, tinha futebol... tinha um monte de atividade, então a gente já... são, geralmente, a gente já “lincava” essa criança já em alguma atividade física, entendeu? Já encaminhava já tinha o como encaminhar pra alguma atividade física (...), e aí eu trabalhando em cima. (P15)*

O educador físico da atenção terciária (P11) trouxe na sua declaração que usa um andar desocupado do prédio em que está localizado o ambulatório de obesidade para as atividades físicas. Conta que para realizar as atividades leva seus equipamentos, que são de uso pessoal, pois o serviço público não os tem à disposição.-Expõe também que há poucas praças e quadras esportivas públicas e as que estão disponíveis contam com poucas disponibilidades de vagas.

A educadora física do NASF parece ter tido mais sorte no território em que atuou anteriormente. Informa que desenvolvia atividades em áreas públicas e que podia contar com um espaço doado por uma escola, bem como com praças públicas, que haviam em abundância. Aponta como facilidade que, em sua visão, permitia mais aproximação com as famílias. Segue a fala da profissional:

*Então, a gente nesse grupo, por exemplo, a gente conseguiu fazer no centro desportivo naquele momento, foi muito legal a parceria. A gente usava o espaço da brinquedoteca, tinha área de lazer né, então, a gente “tava” num território que possibilitava isso, então, tinha muita quadra, muita praça, então essa parceria foi bem tranquila, acho que a gente circulava muito bem no território assim, né. Os equipamentos que era da área de esporte lá tinham parque também próximo dessa área onde a gente, então, a gente sempre estimulou que as pessoas ...tinha um parque ecológico do Tietê, então, com piscina, com uma área verde, então, acho que era isso, a gente estimulava a comunidade a usar aquele espaço e aí falavam... “ah eu não sei onde eu vou fazer, o que que eu vou fazer” aí a gente fazia grupo de caminhada lá, sabe assim, então,*

---

*acho que não era complicado naquele território essa circulação da gente assim, não era...não era uma questão de dificuldade, assim. (P13)*

No geral, em suas práticas assistenciais, de acordo com o que foi apresentado pelos profissionais de saúde entrevistados, compreendeu-se que os mesmos enfrentam diversas dificuldades na abordagem da obesidade com o público infantil e jovem. As descritas acima são apenas alguns espelhos do que de fato parece ser a realidade encarada por todos em todos os pontos de atenção a saúde.

Quando questionados sobre facilidades e dificuldades, a maioria descreveu ter mais as últimas do que as primeiras. As manifestações quanto aos avanços e desafios não foram diferentes. Referiram que projetam e se deparam com mais desafios do que avanços.

Notou-se que alguns profissionais dos componentes da atenção básica e secundária demonstraram que queriam aproveitar o momento para expressarem e desabafarem sobre os problemas com que se esbarravam no dia-a-dia. Parecia que a apresentação deste estudo era a oportunidade para eles darem voz a seus anseios. Isto foi percebido mediante a postura adotada, no tom de voz e pelo modo como gesticulavam durante a entrevista. Alguns batiam os dedos sobre a mesa exprimindo tensão, outros inclinavam o corpo para frente ou para trás e entonavam a voz como um clamor. Outro instante em que a pesquisadora teve a referida percepção diz respeito a oportunidade em que se dirigia ao participante seguinte pela indicação em “bola de neve”. Estes demonstravam que já aguardavam aquele instante e queriam falar sobre o tema e, a partir daí, relatavam seus enfrentamentos sem qualquer hesitação, figuravam linguagem firme e crítica modulando o tom ora calmo, ora com certa irritação.

São muitos os nós retratados por esses profissionais, que permeiam questões biológicas, culturais, econômicas e sociais, relacionadas às famílias ou cuidadores dessas crianças e adolescentes. Eles trazem a percepção da escassez de acesso e oferta de alimentação e de outros hábitos saudáveis pela população menos favorecida, das dificuldades nas relações entre os profissionais em seu próprio espaço de trabalho, passando até por âmbitos mais complexos, como as articulações entre os componentes de atenção à saúde e serviços de apoio dos envolvidos. Estes

---

---

são alguns dos enfrentamentos apresentados pelos profissionais de saúde que estão na linha de frente da assistência.

Determinadas queixas dizem respeito aos encaminhamentos e articulações entre os pares. A maioria descreveu que não conseguiam realizar esta tarefa facilmente. Enfrentavam muitas adversidades ao tentar conduzir pacientes para outros profissionais no mesmo serviço ou referenciar para outro componente de atenção à saúde por não haver disponibilidade de vagas ou até mesmo haver falta de profissional especializado em obesidade para este público. Não conseguiam mandar para nenhum nutricionista, educador físico, endocrinologista, etc. Este obstáculo foi manifestado por profissionais de todos os pontos de atenção à saúde. Da mesma forma, todos relataram que no local onde atuam também enfrentam as mesmas dificuldades, devido à falta de vagas nas agendas. As discussões de casos sobre determinados pacientes acabam acontecendo de modo informal, geralmente em corredores ou em reuniões de equipe, instante em que aproveitavam para trazer a situação do paciente e pedir orientações a um outro profissional. Uma pediatra da atenção secundária (P5) também trouxe à tona que por vezes recebia pacientes que não tem sobrepeso e nem é obeso, mas que foi encaminhado da rede pública para ela na tentativa de ajudar a criança pois não se encontrava vagas, por exemplo, de endocrinologista.

Seguem algumas falas:

*Tá todo mundo desesperado. Eu dando antidepressivo, que não é fácil né, porque tem criança que não dá pra segurar, “cê” vai esperar o que, ela tentar suicídio né? Então eu dou... eu a fazer o papel de psiquiatra sem ter um psiquiatra na rede. Então a [citou o nome da psicóloga] se apoia em mim, eu não tenho onde apoiar (...) eu fazendo às vezes o papel de endócrino (...) então eu quero dizer que nessa equipe minha, falta coisa, certo? Falta um psiquiatra pra vir todo dia, não precisa! Mas, pra fazer o respaldo dessas pessoas éh! completamente depressivas, que não é brincadeira lidar com isso. (...). Uma psicóloga que eu tenho que fica só 4 horas e que eu tenho que dividir quase que ao meio...parece Salomão... “corta no meio e nenhum fica com nada” então, falta horas de psicóloga, porque ela não pode fazer milagre. Hoje eu peguei uma criança que era...o pai “tá” preso, a mãe é drogadita e alcoolista, a vó é completamente descoordenada mentalmente. Uma coisa de doido. Primeira consulta, eu não conseguia tirar a roupa dele, eu não conseguia examinar, eu não conseguia que a mulher parasse de falar. Fiquei aqui uma hora e meia a mais no meu horário. Aí a [citou o nome da psicóloga] começou a atender (...). conseguimos tirar a mamadeira dele que tá com os dentes todo torto, ele tá respirando melhor, ele tá comendo (...)*

---

---

*[durante estas colocações, falava, batendo os dedos na mesa, como se tivesse afirmando e dando importância ao que dizia]. (P5)*

*(...) por exemplo, aí vem me chama e fala: “olha eu conversei com fulano” a gente... não tenho um horário programado para discussão de caso... é muito mais na proximidade ali de entrar e falar: “olha eu falei com Fulano ele me contou tal dificuldade. Acho que a adesão não tá boa. Eu vi que aumentou a dose do remédio, mas, de verdade não está tomando então eu acho que não é por aí” ... é meio que acaba sendo uma coisa mais informal. (P7)*

*(...) dificuldade que a gente principalmente percebeu com relação até montar o grupo foi as agendas né, então, cada um atende num dia diferente então, esse essa interação acaba ficando pouco dificultada porque não é exatamente o mesmo horário, mesmo dia que nós temos o atendimento né, e por exemplo, pode ser até no mesmo dia mas ele tá atendendo outras demandas e eu tô atendendo pacientes de obesidade ou o contrário também né, (...) para o futuro a gente pensa tentar estruturar um pouquinho melhor isso pra poder também pensar no grupo e o grupo seria anterior a consulta né, porque aí teria o mesmo dia o paciente só vem pra dois profissionais mas vem num dia só porque também essa questão de ter que vir várias vezes né a adesão as vezes não é tão boa então às vezes “ah, ganhei peso...tô com medo não quero ir...” aí já falta na nutricionista passa lá na endócrino não é? então tem essa é, aí organizando dessa forma ele...vai ser um dia só teria que vir aí passaria com a equipe como um todo, teria uma interação um pouco maior né, e também trazer a psicologia pra esse atendimento que é muito necessária tem muitas dificuldades não é só a alimentação né, tem aspectos tem aspectos psicológicos envolvidos (...). (P9)*

*(...) o que eu ia dizer é o seguinte, o importante essa coisa da equipe multidisciplinar. Tem uma psicóloga também que trabalha com a gente lá só que eu acabo não encontrando com ela por uma questão de horário né, só consigo chegar mais “pro” final da tarde, e muitas crianças às vezes além, de ser avaliada, de serem avaliados por mim acabam passando com ela também. Então se... quando necessário né, a gente troca informações “pra” poder ela falar o quê que ela tá sentindo ali, às vezes, vendo que só terapia que ela faz não tá dando conta que precisa mexer na parte medicamentosa também ou o que eu “tô” fazendo não tá dando conta para eu poder fazer alguma mudança né, então tem esse contato também com ela, apesar da gente não se encontrar sempre. (P10)*

*(...) eu acho que o maior é entre os níveis de saúde mesmo de profissional, é nem tanto, porque por exemplo, se eu hoje se eu tenho uma criança obesa e eu encaminho pro pediatra aqui, eu posso ir lá no pediatra depois e falar: óh “eh aí? O que que você o que que foi feito?”. Mesmo que ele fale pra mim assim: “Óh, não tive o que fazer, eu tô devolvendo pra vocês de novo e vocês [a profissional é da ESF e o pediatra da UBS tradicional] continuam”. Então eu acho que dentro... aqui dentro do serviço é mais tranquilo, o problema é intersetorial, entendeu? (P15)*

---

Uma enfermeira da atenção primária em seu depoimento (P15) relatou que não é responsável por referenciar pacientes para outros componentes de saúde por se tratar competência médica. Dentre as dificuldades, enfermeiras (P14 e 15) e médica (P8) da atenção primária disseram desconhecer serviços especializados em atendimentos a obesidade com crianças e adolescentes, o que dificulta os processos de encaminhamentos. Se queixaram também da falta de recursos humanos de apoio.

A médica expõe também que por dificuldades de recursos humanos encaminha pacientes para o único serviço que conhece de atenção especializada, focado em crianças e adolescentes obesos. A profissional, durante a entrevista, demonstrou necessidade de querer falar sobre suas dificuldades, verbalizava ideias pontuais e com tom áspero, parecia irritada e ao mesmo tempo aparentava que queria descarregar a emoção. Abaixo seguem recortes das falas das enfermeiras e da pediatra.

*Então é complicado, muito difícil, muito difícil, aí graças a Deus, tem o ambulatório, aí a gente tenta encaminhar “pro” ambulatório, “num” sei assim, aí eu peço mesmo “tando” no ambulatório, pra acompanhar, pra vir aqui também pra ver como é que tá (...) É o único lugar que tenho pra encaminhar, porque como não tenho mais a nutricionista, se eu encaminhar pra endócrino da rede, a consulta vai demorar um século, e vai ser uma consulta só de endócrino. Nutricionista na rede não tem, educação física na rede não tem, esporte não tem, eu mando “pro” serviço social pra ver se encaixa em algum lugar, tá muito difícil. Aí aqui o que a gente faz, a gente tem o recurso do ambulatório [atenção secundária] (...), aí tudo bem, lá eu sei que ele vai passar no médico, o exame eles vêm colher aqui e leva pra lá, mas tem como passar na psicóloga, tem como passar na mastigação, tem como passar na nutricionista pra orientar. (P8)*

*Aqui tem 3 equipes de Saúde da Família que tem um NASF. O NASF, esse NASF que tem hoje, só tem 1, 2 fisioterapeuta e um educador físico, que atende o NASF e os adultos e uma Fono. Não tem mais nada, deste NASF atual, tá! então num... tem porque mandar para esse NASF daqui porque esse NASF daqui não vai ter resolutividade, nenhuma nos obesos. E o NASF ele é apoio pra as equipes de família só, então é isso. [esta resposta foi dada com a participante demonstrando irritabilidade, e assumiu tom de voz firme demonstrando críticas por não ter o serviço para seu apoio no atendimento às crianças obesas. Falava batendo o dedo indicador na mesa emitindo som] (...) Sou da UBS tradicional então, num tem...aliás muito pelo contrário, eles [entou a voz reforçando a palavra “eles”], os da Saúde da Família, é que manda as crianças, algumas crianças passarem com a gente que é tradicional, tá! (...) acho que as obesas já mandam direto pro ambulatório, eles mandam pra gente o que eles não conseguem resolver: puericultura, coisas menores, entendeu? Aí eles mandam pra gente, famílias mais complicadas, famílias que eles cadastram e vem pra gente, tá! Mas assim não só dá obesidade infantil, obesidade infantil o caminho deles é o*

---

*mesmo que o meu, é o ambulatório de obesidade, porque o NASF não dá (...). (P8)*

*(...) Eu não faço né, porque, como eu sou UBS, então o meu quando eu vejo alguma criança que nem no caso, fora do peso, que tava na obesidade, eu encaminho pro nosso pediatra, o nosso pediatra que vai avaliar e aí sim ele que vai fazer o encaminhamento pra rede, seja pro endócrino, seja pra nutricionista, ele que faz, é ele que faz. (P14)*

*(...) entre os níveis de atenção é sempre o médico, dentro dos nossos protocolos o enfermeiro não pode, não é aceito na verdade nossos encaminhamentos. Não são aceitos, por exemplo, pro secundário nem pro terciário, então, sempre tem que ter avaliação do médico e encaminhamento do médico. Pode ter até uma avaliação minha entendeu, eu identifico, mas eu tenho que ir pro médico, discutir com ele e ele fazer o relatoriozinho lá e o encaminhamento. (P15)*

*Agora a dificuldade é... falta de profissional, falta de equipe, entendeu? falta de referência, isso é um nó muito, é um nó crítico que a gente tem, porque, a gente perde uma criança obesa, e aí? (...) não tenho uma nutricionista que, a gente pensa, possa pensar num cardápio especial, elaborar um cardápio especial pra uma criança obesa, não tenho (...) o nosso NASF não tem nutricionista. Do NASF eu conto com TO, com fisioterapeuta, assistente social e educador físico. A gente acaba não encaminhando [referindo-se a equipe do NASF] porque a gente às vezes até chega a discutir, mas aí eles mesmo trazem pra gente: “a gente vai referenciar pra quem, pra onde? (...) se a gente hoje não tem mais... não tem psicólogo né, a gente tinha um psicólogo, foi tirado, tinha uma nutricionista, foi tirada e não foi repostado. A gente tinha um psiquiatra, foi tirado e não foi repostado, então assim, os profissionais, principais que poderia né, dá um auxílio maior pra gente... o único que a gente ainda pensa assim o que a gente ainda trás e pede ajuda é pra pensar numa forma do educador físico (...) na fono às vezes, dependendo da situação entendeu? Pra poder montar um “planozinho” mediano de cuidado, entendeu? Muito raso. (P15)*

Outra dificuldade descrita por alguns profissionais diz respeito às questões relacionadas à prevenção da obesidade. Destacaram obstáculos na relação com pais e cuidadores quanto a adoção de hábitos de saúde saudáveis, expressas por crenças culturais das famílias.

Outro ponto relevante mencionado por alguns profissionais diz respeito as dificuldades dos familiares de conseguirem levar seus filhos às consultas e a manutenção e acompanhamento do tratamento dessa criança ou adolescente.

*(...) as mães continuam... até, talvez por questões culturais, botando fubá e dando um leite Ninho qualquer, apesar da gente falar que o leite materno é o melhor, apesar de dar informação, esse tipo de coisas que eu achava que: “Ah... eu educando, eu fazendo campanhas, grupo de aleitamento, isso vai chegar lá” ... [deu ênfase nesta frase, demonstrando*

---

---

*a importância do assunto...] e apesar de tudo isso, a gente ainda vê muito esse tipo de coisa, logicamente, menos do que tinha. (P3)*

*(...) o que eu sinto dificuldade ainda, a gente encaminha pra a UBS por causa da obesidade, nem sempre os pais levam, porque trabalham, tem as questões sociais, não tem tempo ou quando levam, fazem os exames, começam uma temporada ou é encaminhado pra uma especialidade, pra um endócrino, vai, mas logo abandonam. Infelizmente, eu acho que não caiu a ficha ainda na população de que a obesidade é uma doença (...) vai em uma, duas, três consultas, começa a emagrecer, não sei o quê e aí a mãe não pode levar, porque tem que trabalhar. [falou a frase em um tom de crítica às mães]; a mãe trabalha o dia inteiro, chega em casa tem preguiça de fazer uma... tem cansaço, né, de fazer uma comida mais saudável e acaba dando um "miojinho" com salsicha. É difícil... (P3)*

*(...) aí chega o fim de semana e você pergunta, o que come no fim de semana, ah!! o fim de semana é uma festa né, é refrigerante, é chocolate, é a linguiça, é a salsicha, aí vai, não tem jeito. Aí quando você pergunta pra mãe, assim, "cê" olha ... "cê" olha pra cara da mãe e pergunta do pai, aí a mãe fala que sempre foi assim desde pequeno, todo mundo come assim. Verdura nem pensar, você pergunta, come verdura? Fala do tomate, responde tomate..., ah, aí fica difícil... ah! e a fruta? aí é só banana e maçã. Grãos então é uma coisa que não existe, né? grão de bico, ervilha, lentilha, isso não existe, só a arroz, feijão, farinha, farofa e as frituras, os nuggets né? O pão, a salsicha, entendeu, antigamente comia muito mais salsicha do que agora, mas, é isso... macarrão e o tal do Danone né. Tem 6 meses já dá Danone, mas, "minha senhora, não vai precisar de Danone, compra fruta, com o dinheiro do Danone "cê" compra fruta"; O mingau cremogema, é isso aí antigamente era muito falado né, mas geralmente pessoas que vem do Nordeste, ainda tem essa cultura do mingau. "Então senhora não tá dando leite, a senhora tá dando mingau e mingau não é leite", sol então nem pensar, nem pensar, que é o dia todo, é na creche, é no projeto, é na escola não tem sol. Anda de bicicleta? Não, não anda de bicicleta, ninguém tem bicicleta, não compra bicicleta né, é tudo sentado no sofá, na televisão e na internet. O sedentarismo assim 100%. (P8)*

*(...) a gente tem uma população que tem uma cultura muito... muito difícil, entendeu. Então assim, a criança no entendimento de muitas pessoas, hoje uma criança gorda é sinônimo de saúde. E pra você fazer as pessoas entender que isso não é saúde que isso é um problema de saúde e um problema grave, é muito difícil (...) trabalhar com a família é bem difícil. Ainda mais quando é relacionado a criança. Quando é o adulto, eles são um pouco mais conscientes, quando é criança eles, tem um grau de dificuldade muito grande de entender. (...) A gente tenta, não vou dizer pra você que a gente não consegue, a gente consegue, mas é bastante trabalhoso conscientizar o familiar, o parente que aquilo tá errado, que aquela forma né, não é a correta é bastante difícil (...) A gente já começa uma dificuldade de tentar conscientizar a mãe do aleitamento materno aos 6 primeiros meses. Porque, ela entende que o leite dela "fraco" porque ela só acha que só vai sustentar a criança se colocar uma fórmula e ainda colocar um engrossante, um farináceo junto, porque, aí o bebê dorme, e aí "cê" fala assim: "mãe, mas ele dorme porque ele tá com estômago extremamente pesado" (...) então, isso é bem difícil pra gente fazer, é um trabalho que não é muito fácil não... (P15)*

---

---

O nutricionista do NASF (P12) apresentou sua percepção quanto ao que os pais pensam sobre a obesidade. Sua visão não é diferente daquelas relatadas anteriormente, porém aponta que o componente primário de atenção à saúde é agente facilitador pois, em sua visão, a estruturação do serviço permite mais aproximação com as famílias. Compara com os outros componentes referindo que esta aproximação talvez não seja possível. Segue a fala da profissional:

*Então quando a gente ia discutir um caso na reunião de equipe a gente não discutia a criança obesa, a gente discutia a família dessa criança obesa, então não é... como os pais se alimentam, como que eles também se relacionam com a comida né? No ambulatório você fica muito com o recorte né, do que que é aquela criança. Assim aí, você a orienta no retorno: “como foi? que que vocês conseguiram fazer e o que vocês não conseguiram?” Acho que na atenção básica a gente consegue ir além disso, né? (P12)*

Vale ressaltar que na atenção primária o foco está na família, considerando especialmente a reorganização do sistema de saúde. Para a abordagem, é importante conhecer as configurações particulares, contextos, processo social de trabalho e vivência, cultura, por fim, reconhecer a família como unidade de produção social. A Política Nacional de Atenção Básica de Saúde do Ministério da Saúde, publicada em 2006, reafirma a família como sujeito do processo de cuidado e define o domicílio como o contexto social em que se constroem as relações intra e extrafamiliares. (BRASIL, 2006).

A educadora física do NASF (P13) relatou casos onde a equipe buscava de alguma forma adquirir a cooperação da família nas atividades oferecidas com os filhos, propondo caminhadas e outros exercícios, bem como outras ações. As estratégias visavam incentivar o paciente a realizar o que era proposto e com isso obter os melhores resultados possíveis. Além disso, visavam também valorizar a importância da participação dos pais e cuidadores no processo do tratamento.

*(...) a gente perguntava assim, em relação a atividade física, se fazia, se não fazia, o que que fazia, qual frequência daquilo, que que gostava mais de fazer, quais as dificuldades pra fazer. Eu me lembro de um garotinho, um adolescente, ele adorava jogar futebol, mas ele não “tava” mais nem conseguindo brincar na quadra de tão gordo que ele “tava”, entendeu. (...) então, agente: ah!...vamos tentar caminhar um pouquinho com a mamãe, com o papai pra ver se ele conseguia aí diminuir o peso pra depois*

---

---

*trabalhar com uma atividade de mais impacto né, porque, vai trazer dificuldades motoras pra aquela criança também, entendeu! (P13)*

Os profissionais dos componentes da atenção básica assim como da secundária e terciária expressaram as dificuldades encontradas no que diz respeito a abordagem e sensibilização aos pais e cuidadores, no que concerne a redução na oferta de consumo de alimentos industrializados, processados e ultraprocessados para crianças e adolescentes. Declararam o quão difícil é falar da introdução de alimentos naturais. A nutricionista da atenção secundária (P4) conta uma situação em que o pai a desafiou a comparar o preço de uma coxinha e de um refrigerante de marca conhecida vendida na lanchonete da escola com o preço de um alimento saudável e de um suco natural indicados pelo nutricionista. A enfermeira da UBS (P14) reconheceu que é complicado falar em alimentação saudável, visto que a realidade de muitos está relacionada a obstáculos financeiros.

*(...) então, o pai que tá aqui não adianta falar para ele: “olha, seu filho tem que comer uma salada de fruta, por exemplo, na cantina. Vai na cantina, mas não pode comprar uma coxinha, tem que comprar uma salada de fruta. Aí ele me pergunta: “quanto é essa salada de fruta?” né! “Uma coxinha é R\$2,00 e uma salada de fruta é R\$7,00” na escola do filho. Então, e aí como que eu vou incentivar esse pai a incentivar o filho dele a comer saudável, de uma maneira saudável se não está ao alcance dele esse valor. Então eu acho que além de monitorar isso de ficar algo mais saudável mais a vista e algo mais industrializado, processado ou ultraprocessado atrás, mas também tem que monitorar é exigir dessas cantinas que seja equivalente esse valor (...) mas que tem que ter essa equivalência porque o pai não vai me ouvir né, ele não vai...ele vai falar: “olha [e citou seu nome] entre comprar uma salada de frutas de R\$7,00 e uma coxinha de R\$2,00, eu vou continuar dando R\$2,00 pro meu filho. (P4)*

*A gente sabe que fica difícil falar de alimentação saudável pra uma população que, às vezes, não tem dinheiro nem pra, pra pagar o seu aluguel, às vezes a pessoa não tem dinheiro pra comprar nem o arroz e feijão quem dera, falar e apesar que sempre eu incentivo essa mãe que o final da feira ele é mais barato né, eu sempre falo isso né porque a gente não tá... eu falo pra elas, eu não tô falando de uma alimentação saudável que “cê” vai comprar um queijo caríssimo né, não, existe as alimentações que você consegue legumes, verduras que você pega no finalzinho da feira baratinho né! (P14)*

Uma questão forte que apareceu no discurso da maioria dos participantes está relacionada a interlocução entre escolas e serviços de saúde. Para alguns, essa

---

parceria pareceu os incomodar, destacando que necessitavam de muito pontos de melhorias; outros, porém, veem como necessária, de forma positiva e que os resultados têm sido eficazes. Diversos descreveram como pontos facilitadores, outros trouxeram como avanços e desafios registrando que deveria haver melhor aproximação e sincronismo entre os serviços educação e saúde.

A educadora física do NASF (P13) apontou em seu relato dificuldades encontradas nas escolas na tentativa de gerar alguma articulação. Encontrou obstáculos com os próprios colegas de profissão atuando em escolas. Demonstrando indignação, narrou não compreender como profissionais que deveriam estar na linha de frente nas escolas atuando na prevenção da obesidade não conseguem perceber a importância do seu papel e menos ainda, executá-lo.

*Tinha uma dificuldade com alguns profissionais de educação física da educação. Era uma aproximação mais difícil essa. Eu lembro um mutirão que a gente foi fazer também, assim de não tá junto assim né, então de pouco estímulo das crianças. E a gente falava: “Pô, mas a escola é o lugar onde a gente pode ter mudanças assim”. (...)você fala: “pô, o contra turno da criança, tem alguma coisa da escola, vamos tentar se inserir num grupo, num clube escola, sabe assim (...), mas os casos mais graves, mais complicados, é isso a gente nunca pensa numa ação sozinho né! (P 13)*

O psiquiatra da atenção terciária (P10) falou com empolgação que seria um avanço, mas ao mesmo tempo desafio, poder aproximar a saúde da escola, ambos se fortalecendo em prol da prevenção da obesidade. Segue seu discurso:

*(...) a gente tem ideias né, que seria ótimo, por exemplo, [demonstrou leve empolgação ao dizer a frase anterior e a seguinte] é que é duro colocar na prática, mas seria legal poder ir em escolas né, assim, orientar professores, os alunos, pais de alunos sobre a questão de obesidade. Alguns trabalhos já foram feitos nesse sentido de sobre alimentação né, algumas pesquisas até pelo chefe lá do serviço já fez numa cidade do interior, mas, a gente fica muito limitado pelo tempo, pelos recursos né..., mas seria, eu acho que aí seria um atendimento de primeira né. (P10)*

A pediatra da atenção básica (P8) e a nutricionista da atenção secundária (P4) destacaram ainda que é preciso melhorar a conexão entre escola, pais e cuidadores. Reforçaram que é preciso ter adequação e sincronismo entre os horários das principais refeições ofertados nas escolas com os horários da alimentação em casa. Além disso, a pediatra percebeu que há falta de controle dos pais em relação ao que a criança come na escola, seja aquele ofertado pela instituição de ensino, seja

aquele encaminhado por eles como lanche. Citaram que precisa ser revista esta questão e colocaram como pontos de desafios a serem acertados. Descrevem:

*(...) o que me pegou muito é a parte da merenda escolar (...), então, eu já peguei casos que a mãe não faz feijão, arroz e feijão em casa não faz. E aí a criança só come arroz e feijão na escola. Porém, os horários das escolas não batem muito então, almoçam 9 horas da manhã e ele janta as 15 horas, e aí eu tenho um problema muito grave, porque essa criança ou ela fica sem comer, ou ela almoça duas vezes e janta duas vezes e aí eu tenho todo esse trabalho de: " ah! então tá você chegou 7 horas, 7 horas da manhã você tomou café, foi pra escola" " é, aí eu almocei lá 9 horas da manhã". Como que eu vou falar pra essa criança que almoçou 9 horas da manhã não almoçar meio dia, ela vai ficar com fome. Aí eu vou falar assim: "e de sobremesa... dão a fruta?" Porque aí seria a minha, o meu manejo seria: " pega a fruta que é de sobremesa pra você aproveitar de seu lanche" "ah não", não dá fruta de sobremesa ou dá de vez em quando ou dá até um doce, enfim (...) eu vou falar o que pra ela, ela vai ficar a manhã inteira sem se alimentar? Também não é a minha conduta correta. E aí eu fico nesse impasse. A tarde é a mesma coisa, então jantou 3 horas da tarde, e aí eu vou falar pra não jantar 6 da noite? Vai ter que jantar, não é?! eu acho que poderia ser revisto isto, né. Eu fiquei muito feliz agora que eu soube recentemente que não podia repetir a refeição, e aí todo mundo apedrejou. Eu não sou de partido nenhum, não tenho nada relacionado a política eu não tô defendendo partido nenhum, mas eu acho que eu gostei dessa visão (...) porque eu tenho pacientes que repetem 3 vezes esse almoço 9 horas da manhã, e aí vai repetir duas vezes em casa, né. Então, olha só, ele comeu, 5, 5 vezes o que ele precisava do almoço né, e, como que essa criança não vai ser obesa, vai né! porque 5 refeições, cada vez por dia, todo dia já vai entrar num quadro de obesidade e ele comeu muito mais do que isso (...) então eu acho que sim, deveria existir essa política de ter arroz, feijão, carne e legumes e/ou verduras que o paciente alguns pode não ter em casa, mas num horário mais fisiológico. Então, será que talvez meio dia, na hora que a criança tivesse pra sair da escola não seria mais adequado? Ou 6 horas da noite, quando tivesse pra sair da escola não seria mais adequado? (...) ou meio dia antes de sair da escola não teria esse problema, quando chegasse aí, a gente faria um combinado. "Então tá, vai ser almoço e jantar na escola, e a mãe já saberia que quando chegasse em casa não ia almoçar, não ia jantar né, e nesses intervalos ia dar uma fruta né, por exemplo, então algo mais leve que a criança é não desenvolveria essa obesidade infantil, então eu acho que é de se pensar isso daí. (P4)*

*Acho que falta um pouco de articulação, creche e escola, serviço público. Serviço público é o que eu tinha falado tá é, a gente não vai conseguir isso nunca na cidade de São Paulo como um todo, mas pelo menos no território que você tá, acho você consegue, você consegue, né? Ir nas creches pedir o cardápio, os horários, ir na escola ver o que tem e o que não tem, agora também fica uma atuação a gente vai saber o que tem e o que não tem, mas também a gente não vai conseguir alterar nada lá na escola, nem na creche né, a gente não vai conseguir alterar horário de alimentação, onde já se viu dá 9,10 da manhã arroz e feijão? Ah! pelo amor de Deus, criança não toma café da manhã em casa, acorda e já vai pra escola, e chega lá desperta 9, 10 da manhã e come arroz e feijão, come comida, quando come que muitos não come porque não gostam,*

*né? E você vai conseguir mudar isso na escola, num vai então fica difícil, você pode até reconhecer, articular, mas tá tudo muito ...é a visão que eu tenho, não sei se tá errado...mesmo no território. (P8)*

*(...) A maioria é, assim, a história de almoçar duas vezes que a mãe só descobre aqui, né. Eu sempre pergunto pra criança maior ela responde, ela fala direitinho, e a mãe: ah! Mas eu não sabia...” Falei: -“então mãe, a senhora não sabia que ele come duas vezes”..., se ele come arroz feijão 10 da manhã ele não vai comer arroz feijão meio dia, não tem fome, não tem fome porque já comeu, que horas ele comeu?” isso aí é o “B” “A” “BÁ”, e a história da creche de chegar em casa 4,5 da tarde e não dá mais nada pra comer, porque já jantou na creche (...)ela descobre aqui na conversa porque em casa mesmo ela nunca perguntou, não perguntou o que come e não come, não sabe de nada, ah! (...) tem uma que veio falar assim: “ah! eu não dou dinheiro” “ah muito bem, se a senhora não dá dinheiro ele come né? “cê” come Joãozinho”? “Como...” “O que você come?” “Eu como o lanche do amiguinho...” “tá vendo mãe, ele tá comendo a comida dos outros. A senhora tá mandando lanche pra ele?” “Tô.” Ahah!! filho o que que você faz com o lanche que a mamãe manda?” “Eu não como não”. [falou a médica em tom de deboche, representando a frase da criança em resposta à pergunta da mãe]. Tá comendo a comida do amiguinho ou pega a dela e dá pra outro, também tem isso, não tem controle, né é basicamente é isso. (P8)*

Percebe-se com isto que os profissionais dos diferentes componentes de atenção à saúde enfrentam as mesmas dificuldades em suas práticas, influenciadas pela falta de ajustes e melhor diálogo entre pais e cuidadores com a escola. A escola por sua vez, segue as orientações das políticas educacionais.

O nutricionista do NASF (P12) sinalizou que o território onde trabalha atualmente se caracteriza por não ter crianças em sua unidade de atuação moradoras do bairro, mas são filhos de pessoas que passam pela região pois são prestadores de serviços, a maioria empregadas domésticas que deixam seus filhos nas escolas próximas durante o dia. Muitos não são cadastrados nesta unidade de saúde. Comparou com o outro território onde atuava e descreveu que no outro local tinha mais facilidades pois o público morava no entorno da unidade de saúde. Percebeu que a característica do território atual, de certa forma, dificulta suas práticas.

*É aqui, por ser um território que tem mais idoso né, acho que grande parte dos nossos esforços aqui está direcionada aos idosos e até a configuração do trabalho na rede também tem muitos equipamentos pra atendimento de idoso. Os adolescentes e as crianças daqui não moram no território em sua grande maioria. Eles vêm com os pais que trabalham no território, muita das vezes a mãe é doméstica, aqui no território então já traz o filho e deixa na escola, aqui tem muitas escolas são período integral então, a criança fica o dia inteiro na escola então ela sai do*

---

*trabalho, pega e leva ele para a casa. E isso é uma dificuldade porque está distante. Esse período de férias, por exemplo, tem muita falta, por que as vezes mora num território tipo Taboão da Serra, territórios que são mais distantes (...) é quando eles falam: “olha a gente reside aqui por que a gente fica de segunda a sexta” aqui só vai para casa no final de semana. Então, acho que isso é uma dificuldade assim, tanto os serviços se estruturam... que acho que também tem um olhar para a demanda então, tem mais idoso... (...) pra a criança não tem muita coisa se não tem tanta criança que reside no território...acho que isso é uma dificuldade. Se a gente conseguir de fato estruturar um processo de trabalho pensando nas crianças que moram fora do território... a gente tem o PSE, dá para trabalhar algumas questões de saúde dentro do âmbito escolar. Mas fica muito foco naquele recorte também que é a escola né, então, você tem pouco acesso aos pais, naquele ambiente. Então como você vai falar de mudança de qualquer hábito se você não consegue chamar os pais para estarem juntos nesse processo, então, acho que isso é uma dificuldade. (P12)*

*No outro território por eles serem mais vulneráveis e de residirem no território era mais fácil essa...esse acesso aos pais é, acho que eles manterem o acompanhamento durante é, pensando muito longitudinalmente né, eles conseguiam manter mais por que a gente tava junto deles ali né? Perto da casa, perto da escola, às vezes perto do trabalho por que tinha muitas mães é que eram Agentes Comunitárias da Saúde - ACS então acho que a gente conseguia estar muito mais próximo, então acho que essa, pensando na criança e no adolescente acho que essa é a grande diferença desses dois territórios. (P12)*

Por outro lado, profissionais da atenção terciária, apesar das dificuldades descritas por alguns nos diversos pontos de atenção à saúde, conseguem identificar avanços nas relações entre escola e saúde. Trazem nas suas falas que perceberam melhoras na comunicação e no reconhecimento na população em geral e nos serviços de saúde de que o obeso neste período de sua plenitude de vida tem sido visto não mais como o “gordo preguiçoso”, entre tantos outros adjetivos atribuídos àquele que está acima do peso, mas sim como uma pessoa que tem alguma alteração que está interferindo na sua saúde biopsicossocial.

Abaixo, a descrição da visão de uns dos profissionais da atenção terciária:

*Avanço acho que o principal é o reconhecimento né, especialmente da mídia, e da Saúde Pública né, no sentido de incentivar isso dentro da escola, do lanche né, é uma coisa que tira a visão de que o obeso é aquela coisa de, é um gordinho safado, de que não tem vontade própria, é preguiçoso né e passa pra uma visão de um indivíduo com uma morbidade ali psíquica, física, social né, como um todo, éh, acho que isso é muito importante. Então, ou não enxerga que tá nele adulto, ele tá causando aquilo né, como a gente fala, a criança não vai lá e*

---

---

*compra né, aí o adulto nem sempre reconhece isso que ele que tá comprando lanche ou é ele que tá dando dinheiro pra criança comprar uma coxinha da escola, mas acho que isso ainda tá mudando né, tá melhorando. (P7)*

O Programa de Saúde Escolar-PSE mencionado pela maioria dos entrevistados da atenção primária, secundária e terciária trouxe, na percepção de parte dos participantes, pontos positivos a parceria, mas alguns fizeram colocações negativas declarando que o programa deveria ter um olhar melhor sobre as crianças e adolescentes obesas.

Vale ressaltar que o referido programa diz respeito a política intersetorial da Saúde e da Educação e foi instituído no ano de 2007, redefinida por meio da portaria interministerial MS/ME Nº 675, de 4 de junho de 2008 com o objetivo de integrar políticas de educação e saúde voltadas às crianças, adolescentes e adultos jovens e tem como base a articulação entre Escola e Redes Básicas de Saúde (BRASIL, 2007 e 2008). A seguir estão alguns diálogos dos profissionais:

*(...) a questão do PSE também que era onde a gente identificava também, na outra unidade que eu “tava”, a gente fez uma parceria com uma das escolas, e aí nós vimos que naquela escola dentro de todas as séries tinha assim, mais da metade da população “tava” com sobrepeso pelo menos. E um tanto já tinha é, obesidade e obesidade mais grave. Então, uma coisa alarmante quando você se debruça sobre esses dados. O PSE (...) que é o maior foco, assim da onde a gente consegue se aproximar nesse território, entendeu?! Aqui, eu não tô tão apropriada disso, porque ainda não consegui nem vê esses dados também, entendeu! mais lá, nossa, era...é assustador, chama atenção. (P13)*

*(...) eu acredito que dentro da minha gestão como gerente é você ir na escola, o caminho mais fácil pra você pegar tanta criança, como adolescente. Mesmo assim eu tive muitos problemas sérios... seríssimos porque a obesidade ela fica bem de lado e a gente não consegue se aproximar, com dificuldade até mesmo nas próprias escolas né! fica um pouquinho mais difícil a articulação com adolescente né, então eu vejo assim, que os órgãos eles são um pouco melindrosos quando chegam próximos né! Estado pelo amor de Deus é um sacrifício pra gente entrar. A Municipal que tem a escola Municipal, que abrange o adolescente, ela é um pouquinho mais aberta (...) quando você vai fazer o cronograma com eles de uma atividade anual, eles já vão e falam assim oh! é droga. Aí você quer ainda tentar na obesidade... não, vamos falar de droga, ou gestação precoce, gestação na adolescência (...) aí quando ela fala deixa pro final do ano que é segundo semestre deles, a gente já desanima, que a gente já sabe que não vai acontecer. (P14)*

---

(...) com criança é assim, tá sendo um trabalho bem gostoso no Programa de Saúde Escolar, porque eu tenho essas escolas que tem essas crianças na faixa etária de 4, 5 e 6 (...) todo ano que a gente tem uma programação, então, todo ano o nosso tema entra a questão do peso né porquê? o nosso trabalho do PSE é fazer o peso e altura (...) E aí foi quando a gente sugeriu que o PAVS [Programa Ambientais Verdes e Saudáveis], que é um programa da Atenção Primária da área né, nós convidamos eles pra gente tentar fazer alguma coisa que chamasse atenção das crianças, mas foi como eu falei pra coordenadora pedagógica: “não adianta eu ir na criança, a criança... não é ela que cozinha em casa, eu preciso pegar os pais” (...) a escola disponibilizou a questão das frutas né, ficou bem legal(...)e aí eu sugeri pra escola na época uma reunião com os pais, onde na verdade eu ia fazer uma roda de conversa com esses pais, e nós conseguimos então assim, foram dois períodos manhã e tarde, eu fiquei a semana inteira praticamente na escola que a gente pegou são várias turmas lá (...) Ela fecha o Programa Escola de reuniões com os pais pra todas as salas, essa participação então, eu consegui fazer reunião com todos eles, com todas as salas e foi bem produtivo nossa...foi muito produtivo porque o que teve assim de demanda de pais com dúvida. (P14)

Uma participante descreve que o PSE é um programa importante e a parceria da escola com a saúde é fundamental. Relata:

Hoje em dia, a nossa preocupação é essa e a gente tá pedindo uma atenção maior para os médicos na Unidade e, principalmente, a partir do Programa Saúde na Escola, que a gente consiga fazer com que as pessoas percebessem que a obesidade realmente vai trazer, pode trazer graves doenças pra essas crianças, quer dizer, já é uma doença em si, e a gente faz a antropometria na escola, que é onde tem triado mais pacientes e essas crianças encaminha pro o médico. A gente tem um fluxo do Ministério mesmo nos Cadernos de Saúde, onde orienta os exames que vai solicitar, as orientações conjuntas com esporte, quando necessário até psicoterapia, se necessário com apoio da família com nutricionista. Então, mas com participação direta da escola. Dentro da escola, eles têm o DAE, que é o Departamento de Alimentação Escolar com nutricionistas muito capazes! Que elas têm feito alguns projetos como: na “mesma mesa”: o professor senta, faz um prato, fala do valor do alimento com as crianças e procura dar o exemplo. A gente procura conversar e procura fazer que isso se multiplique na casa. A gente sabe que é difícil né, mas a gente tenta. (P3)

Trouxe em sua fala críticas aos profissionais de saúde referindo que muitos não olham o obeso como deveriam, não fazem o cuidado de forma correta, perdendo com isso informações importantes, por exemplo, o acompanhamento antropométrico, tendo como grande aliado no que concerne ao controle estatístico epidemiológico da obesidade no público infanto-juvenil, o PSE.

---

*Eu vejo, profissional, às vezes, que num faz um gráfico, não faz nada, não sabe em que percentil que tá, mas são profissionais e profissionais. Mas, de maneira geral, todos tem o conhecimento e sabem o que tem que ser feito e o que eu acho que deu uma maior possibilidade de eu avaliar esse fluxo, foi a partir do PSE mesmo, porque eu tenho os gráficos tenho as planilhas de quantos obesos a gente tem por classe, quantos não sei o quê e, quando eu vou na Unidade: o que vocês estão fazendo? É aí que eu tô sabendo realmente o que tá acontecendo! Agora, aqueles outros obesos ou com algum problema nutricional que chega na Unidade, às vezes, a gente não consegue ter um controle maior, mas eu tô conseguindo fazer uma gestão melhor a partir daí. (P3)*

Com tudo que foi exposto até aqui, não podemos deixar de descrever como avanço, e porque não um desafio para o futuro, a manifestação de desejo dos profissionais com relação a processos de melhorias nos serviços públicos. Em especial, relataram que se faz necessário estreitar o diálogo entre os pares, objetivando trocar experiências e ganharem mais expertise para o manejo da obesidade na criança e adolescente.

Abaixo está a manifestação de um dos participantes:

*(...) eu acho que a falta de espaços na rede pra gente poder olhar pra obesidade em si, que fica muito assim, Ah! é uma doença crônica ah! as pessoas são gordas porque elas querem né, se ela tiver vontade, ela consegue emagrecer, eu acho que, espaços pra gente discutir de fato a obesidade na sua complexidade. O que eu sinto mais falta como nutricionista assim. E não precisa ser um espaço só pra o nutricionista discutir senão você também vai ficar é, mais no mesmo assim né... "cê" fala só com o nutricionista da obesidade, acho que fica meio redundante né acho que, espaço a gente fala que a gente pode ampliar pra discutir a obesidade na sua complexidade em todas assim, acho que o que sinto mais falta na rede assim, como profissional da atenção básica, ou da Saúde Pública também, acho que precisariam ter mais espaços pra gente poder discutir esses cuidados assim nos territórios. Não só pra é, falando da obesidade, mas, discutir como não ter mais pessoas obesas então que espaços que a gente pode ter de prevenção, de promoção de saúde é... pensando na obesidade é como um problema de Saúde Pública. (P12)*

De modo geral, como avanços e desafios, vários destacaram que o ideal seria ter redes integradas de serviços, serviço social mais atuante, formação de times focados em equipes específicas, voltadas para crianças e adolescentes obesas, conseguir recursos, em especial, humanos, melhor disponibilidade de agendas, dentre outros. Quanto a esses dois últimos mencionados, destacaram que a falta deles prejudica a qualidade do serviço, do atendimento e gera consultas "a perder de vista".

---

Um dos profissionais entendeu que neste modelo atual, o serviço não funciona. Outros trouxeram que a comunicação representada pela mídia tem melhorado e contribuído positivamente, buscando sensibilizar a população pôr intermédio da informação quanto as questões da obesidade, riscos inerentes, formas de prevenir, entre outros temas pertinentes.

Por fim, por meio desta pesquisa, observa-se neste eixo que realizar o manejo da obesidade em adultos não é fácil, e mais difícil ainda é estabelecer cuidados com crianças e adolescentes. São muitos os imbróglhos desvendados por aqueles que tentam dar o seu melhor na assistência, mas parece que estão aprisionados por um sistema cheio de problemas e que não funciona em sua plenitude. Nota-se que há anseios nas falas destes profissionais.

É notório que políticas públicas precisam ser ampliadas tendo como objetivo melhorar as práticas assistenciais no manejo da obesidade dessas crianças e adolescentes que se encontram acima do peso ideal.

Também está claro que, embora existam políticas para aproximação da educação e da saúde, muito precisa ser feito, pois percebe-se que as conversas ainda não estão completamente articuladas entre os mesmos. Também fica evidente que não dá para desvincular as práticas escolares, no que diz respeito às questões da alimentação saudável e de atividades físicas, sem que se envolva família, cuidadores e profissionais de educação e saúde.

Quanto a articulação entre os profissionais de saúde no serviço em que atuam, a maioria descreve que a relação entre os mesmos em geral ocorre de forma tranquila, com poucos conflitos entre os pares, mas revelam que geralmente as trocas de experiências ou de opiniões são de modo informal. Diversos profissionais de saúde representados em seus respectivos componentes de atenção comentaram que o momento da troca de experiências entre eles, das oportunidades para sanarem dúvidas e de discutirem coisas a respeito de determinados pacientes acontece no instante das interconsultas ou nos corredores. Isto posto, nos remete a pensar que nos componentes de saúde representados pela atenção básica, secundária e terciária, há a necessidade de estruturação dos serviços, permitindo que os diálogos

---

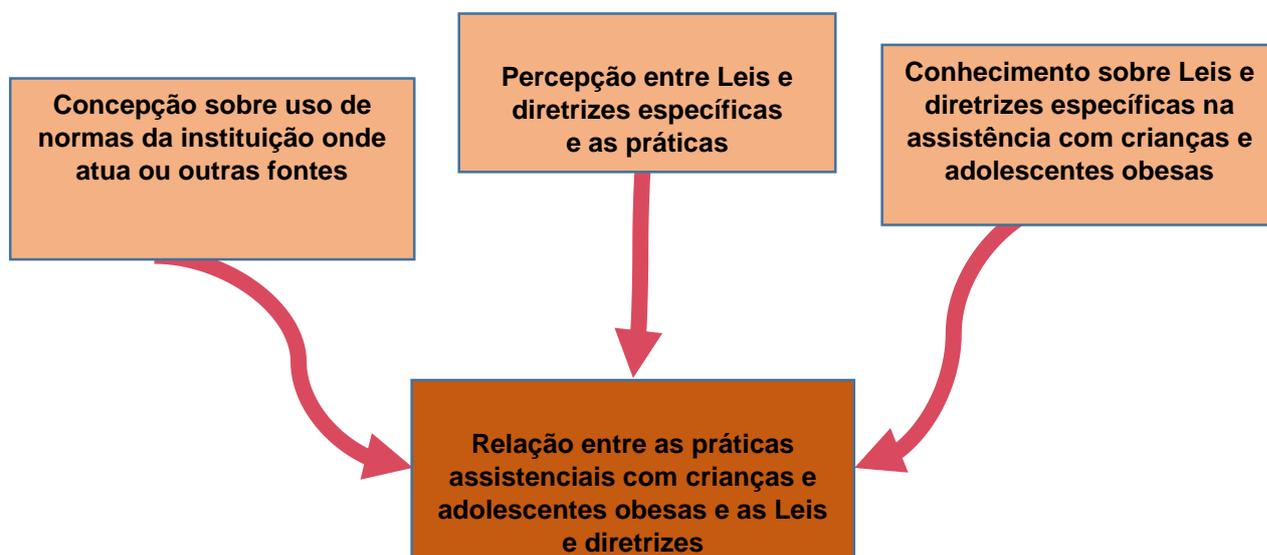
sejam formais e então organizados e registrados em instrumentos legais, como por exemplo nos prontuários, sejam eletrônicos, manuais ou ambos.

### 7.2.2 Relação entre as práticas assistenciais com crianças e adolescentes obesas e as Leis e diretrizes

No que diz respeito a esta categoria, vale ressaltar que inicialmente três temas surgiram com base nos diálogos dos participantes, os quais foram elencados na categoria empírica. Analisando essas três, a autora da pesquisa percebeu a existência de um grande tema, o qual foi categorizado como analítico.

A figura 5 representa as 3 categorias empíricas e a relação com a analítica.

Figura 5: Relação entre as Práticas Assistenciais com crianças e adolescentes obesas e as diretrizes, embasado por meio da análise das respostas dos entrevistados, Município de São Paulo, 2017-2018.



Fonte: Figura construída pela autora da pesquisa.

Assim sendo, iniciando a análise, a pesquisadora percebeu por meio dos relatos que a maioria dos participantes usa como elementos norteadores para suas práticas no manejo da obesidade com crianças e adolescentes normas da instituição onde atuavam, integrando com o que aprenderam durante a formação profissional, além de manuais da OMS e do Ministério da Saúde. Conjuntamente, suas práticas

---

foram ajustadas com as experiências adquiridas ao longo do tempo, adaptando as intervenções conforme os erros e acertos.

Alguns participantes dos componentes da atenção básica, secundária e terciária disseram que sentem necessidade de ampliar conhecimentos sobre o assunto com o propósito de melhorias na assistência e entenderam que as orientações contidas nas normas institucionais, manuais fornecidos por sociedades, e até mesmo suas experiências práticas não são suficientes para realizarem a assistência adequada. Descreveram que buscam complementar as necessidades sentidas por meio de cursos de atualizações, congressos, pesquisas, leitura de livros e artigos que falem sobre a obesidade na criança e adolescente. Além disso, trocaram experiências em espaços promovidos por outros serviços e com isto, avaliaram o que pode ser feito e adequaram as suas práticas.

Seguem alguns relatos:

*É, nós temos o protocolo nosso sim tá, (...) então eu sigo o protocolo do [citou o nome da instituição], que eu ajudo a fazer também então, a nutrição é muito unida nesse sentido, não importa que eu esteja aqui, eu vou participar dos trabalhos de lá. E a gente tem o nutrinfância que é um grupo de nutricionistas referência em pediatria que faz os protocolos, todos os protocolos, então, não importa de qual seja, seja de paciente internado, ou daqui do ambulatório, a gente faz o protocolo, eu sigo esse protocolo. (P4)*

*Bom, sempre que tem Congresso de pediatria, eu vou e pego tudo que é de obesidade e vou assistir qualquer tipo de Congresso ou reunião, ou seminário de pediatria eu procuro ver tudo o que é de obesidade. Todos os cursos que eu posso fazer, eu faço né. Leio, estudo os livros e tenho uma ajuda, tenho uma amiga que é nutróloga, né que já fez muito obesidade (...) a gente fez aqui no ambulatório um grupo de WhatsApp, discute casos né, (...) e eu aprendo bastante com eles, e eu vou estudar todos os casos, e é assim que eu vou me virando. (P5)*

*(...) o que a gente, a psicologia pode fazer e acabo vendo de outros locais que tem um trabalho semelhante ao nosso, o que existem são formas semelhantes de lidar. O que eu fiz aqui, é a gente colocar alguns temas que são importantes então eu tenho temas que vão sendo trabalhados ao longo do ano que são importantes para a gente poder entender obesidade pra que as pessoas possam aprender a lidar melhor com essas situações. (P6)*

*Eu me baseio acho que praticamente assim nas orientações da OMS, né então, classificação de obesidade, curvas, a gente usa a classificação da OMS as orientações são relacionadas a hábitos de alimento a saúde então, a gente segue muito as orientação da cartilha da OMS e da Sociedade Brasileira que fala um pouquinho de quais são os dez passos*

---

---

*para um hábito saudável então, a gente usa como base essas referências. (P9)*

*(...) acho que é isso, pensar em estratégias (...) na criança você tem que estimular o consumo de frutas. (...) eu acho que sai muito dos recursos que acho que você vai procurando como profissional mesmo. De ler livros de educação nutricional, de pensar muito. (...) então, acho que, um pouco da sua bagagem também, você vai tentando adaptar e ver o que que naquele território pra aquelas crianças podem ser úteis ou não pro desenvolvimento do consumo de algum, sei lá, de alguns legumes, frutas, verduras. (P12)*

*(...) O próprio Ministério também lançou material sobre um que eles chamam “desmistificando dúvidas sobre alimentação e nutrição” que trazem várias pesquisas atuais falando de várias dietas da moda, consumo de cardiogênicos né, acho que uma boa atualização também. Tem uma página que chama rede nutri, que é uma página do Ministério da Saúde também e aí, sempre tem cursos ou artigos, ou eles publicam muitas matérias também do que está acontecendo é, em relação a nutrição aqui no Brasil, mas no Mundo também. Na verdade, são fontes pra você ir se atualizando, tá sempre... acho que por dentro do que tá acontecendo. (P12)*

*(...) acho que em relação ao meu atendimento ligado a obesidade (...) é, o que eu me lembro que eu utilizo em termos de conduta eu uso o que conheço né, minha experiência e material de estudos da minha área alguma coisa nesse sentido. P16)*

A educadora física do NASF (P13) descreveu que uma nutricionista compartilhou com ela materiais de produção científica e essa profissional da nutrição tem realizado treinamentos com as equipes, a qual chamou de capacitação, e dividiu materiais provenientes de congressos ou de outras fontes.

Já a nutricionista da atenção secundária (P4) mencionou que sentiu necessidade de fazer mestrado voltado para o público em questão, na intenção de buscar mais subsídios para suas práticas assistenciais. Relatou que percebia que faltava algo pois as respostas das intervenções nem sempre eram as esperadas. Enfaticamente disse que sente falta de documentos norteadores específicos que possam orientá-la no cuidado com crianças e adolescentes obesas. Em seu discurso, expressou que a ausência desses protocolos interfere nas tomadas de decisões pois lhe faltam parâmetros. Para ela, os padrões usados nas práticas nutricionais para uma criança ou adolescente que não é obesa não servem para aquela que está acima do peso, havendo necessidade de fazer adequações cujos resultados nem sempre são fidedignos. Manifestou que percebeu lacunas entre a prática e a oferta de documentos

---

direcionadores para a assistência à crianças e adolescentes obesas. Assim, além do mestrado, utilizou outra estratégia com o intuito de minimizar suas aflições. Fez, por exemplo, trocas de experiências com colegas de outros serviços e, por meio dos contatos, verificou que as dificuldades não são só dela, mas, de modo geral, dos nutricionistas que atuam com crianças e adolescentes acima do peso. Narrou:

*O que eu sinto muito né, é um protocolo específico de obesidade infantil. Faltam referências, então, por exemplo, paciente obeso, quando você vai calcular as necessidades calóricas, necessidades proteicas, a gente usa o peso né só que não dá pra usar o peso atual do paciente, porque, é muito, e aí não existe muito respaldo (...) aí a gente inventou da nossa cabeça, o protocolo da nutrição é, reduzir, sei lá 10%. Porque eu não posso de 110 quilos querer usar o cálculo, baseado no cálculo de necessidades calóricas e proteicas em 50 quilos, ele não vai ter 50 quilos, ele não vai conseguir sobreviver a isso, (...) e aí por prudência, pela nossa prática, reduzir em 10% o peso do paciente é chegar no P50 por exemplo ou score Z "zero" (...) então o que eu sinto das referências em pediatria é isso, a gente às vezes a nossa prática, tem que inventar. (P4)*

*(...) manual que a gente tem de obesidade da Sociedade Brasileira de Pediatria, não fala nisso da redução né, já que a obesidade tá tão presente no nosso dia-a-dia, talvez seria algo muito, né, eles fizeram um material até específico de obesidade, mas não tão aprofundado quanto a gente sente a necessidade em nosso dia-a-dia. Por exemplo, eu na prática, eu tô aqui com paciente obeso, tá, como eu vou respaldar essas necessidades calóricas e proteicas. Quanto é prudente ter, ser essa perda de peso, porque a recomendação é, não perder peso né, (...) pra não, a gente não prejudicar o crescimento/desenvolvimento dessa criança, porém, alguns obesos, a gente tem alguns obesos graves né, então, não vai dar, ainda que eu contenha o peso dele ou perca devagar tá, mas, quanto é isso né. (P4)*

A OMS em 2007 avançou com as recomendações sobre avaliação do estado nutricional e diagnóstico de sobrepeso e obesidade para crianças e adolescentes, visto que o parâmetro usado anteriormente a esse período, o IMC, não era considerado adequado para crianças e adolescentes uma vez que este índice muda consideravelmente a medida em que a idade avança. No referido ano, a OMS propôs um critério de classificação do estado nutricional para crianças e adolescentes entre 5 e 19 anos de idade, com a finalidade de monitorar e acompanhar a evolução nutricional dessa população, e também de oferecer subsídios para diagnosticar crianças e adolescentes que estejam com sobrepeso ou obesidade, no entanto, a OMS não traz recomendações sobre o cálculo das necessidades calóricas para crianças e adolescentes, sobretudo, àqueles que estejam acima do peso (BARBOSA, et al, 2010; De ONIS,2007; OMS,2007)

Fontes et al. (2012) apontam outros parâmetros de medidas, os quais avaliam a composição e a distribuição da gordura corporal (circunferências: braquial e abdominal e pregas cutâneas: subescapular e tricipital), que julgam serem importantes tanto quanto o IMC e que estes devem ser adicionados na avaliação para acompanhamento nutricional. No capítulo sobre cálculo das necessidades energéticas, sinalizam que a taxa de uma pessoa é medida pelo tamanho e composição corpórea, sexo, idade e nível de atividade física. Reforçam que há variedades nos cálculos para crianças e adolescentes em função das diferenças quanto ao crescimento e desenvolvimento dos mesmos. Informam que os estudos não são contundentes quanto as recomendações para este cálculo ao público infanto-juvenil que esteja acima do peso, de acordo com as “Diretrizes de Obesidade no Diagnóstico e Tratamento da Criança e do Adolescente” da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabolismo de 2005, mas dizem que, consoante com estas diretrizes e a respectiva sociedade, a estimativa deve se basear no controle do ganho ponderal e das comorbidades encontradas.

Pereira, et al. (2013) fizeram revisão dos principais estudos sobre desequilíbrio energético e obesidade em crianças e adolescentes e relataram que é coerente diferenciar acúmulo energético característico do crescimento e o que é excedente, visto que na fase de crescimento e desenvolvimento sabe-se que há diferenças na composição corporal e grau de acúmulo energético segundo idade, estatura, sexo, etnia e estágio puberal. Traz exemplos de cálculos que podem ser usados na prática: “Se adotada a redução diária de 160kcal para prevenir o ganho de peso na população infantil, o valor seria equivalente a modificações relativamente simples na rotina” complementa, elucidando quais tipos de alimentos industrializados poderiam ser reduzidos que equivaleriam a redução calórica sugerida. Outro exemplo citado pelos autores, que também equivale a redução de 160kcal, está relacionado a um determinado tempo de atividade física (1h15min a 5km/h em passo moderado, para uma criança de 40kg). No entanto, referem que não existe “consenso sobre o gasto energético, em termos de gasto calórico e equivalente metabólico quanto às atividades realizadas por crianças e adolescentes” e menciona que o cálculo usado no exemplo teve como parâmetros valores para adultos.

---

Isto posto, observa-se e podemos corroborar com a nutricionista (P4), que pouco estudo há acerca de cálculos de necessidades calóricas voltadas para crianças e adolescentes obesas.

Ainda em relação a instrumentos usados pelos profissionais para apoio nas práticas cotidianas, os da atenção primária referiram que consultam também os cadernos da Atenção Básica. Esses cadernos auxiliaram suas práticas além das experiências do dia-a-dia. As coleções são publicações do Ministério da Saúde e reúnem informações atualizadas oferecendo diretrizes aos profissionais de saúde da rede pública, em especial, aos profissionais da atenção básica, com objetivo de nortear as práticas assistenciais e organizar os serviços, centrados nas ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. As propostas das ações têm a intencionalidade de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades (BRASIL, 2014d)

Enfermeiros, educador físico e nutricionista deste nível de atenção que foram entrevistados expuseram que esses cadernos, assim como outros instrumentos fornecidos por órgãos públicos, são importantes e os ajudam a estruturar seus trabalhos, direcionam se determinados atendimentos podem ser realizados em grupo, individualmente ou de forma compartilhada. A gestora do presente estudo mencionou a mesma informação. No entanto, a maioria desses profissionais pareceram não estar satisfeitos. Trouxeram que apesar de existir materiais fornecidos pelo Ministério e por outros órgãos públicos, não há orientações específicas sobre a obesidade na criança e no adolescente. Descreveram que tais publicações são amplas e genéricas. Elas discorrem a respeito da infância, adolescência e de estratégias para prevenção e promoção de saúde por meio de alimentação e de práticas de hábitos saudáveis, mas pouco diz sobre o que fazer com aqueles que já apresentam sobrepeso ou obesidade. Assim, da mesma forma como aconteceu com os profissionais dos demais componentes de atenção à saúde, os da atenção primária pontuaram em seus diálogos que buscam outras táticas e fontes de conhecimento para direcioná-los em suas ações assistenciais.

---

Seguem alguns relatos:

*A gente faz a antropometria na escola, que é onde tem triado mais pacientes, e essas crianças são encaminhadas pro médico. A gente tem um fluxo do Ministério mesmo nos Cadernos de Saúde, onde orienta os exames que vai solicitar, as orientações conjuntas com esporte, quando necessário até psicoterapia, se necessário. (P3)*

*A gente geralmente usa os manuais né. A gente tem os nossos manuais do Ministério, da Secretaria Municipal de Saúde que norteia a gente. Porque a gente tem os manuais de pediatria que lá sempre tem as diretrizes da alimentação saudável né, os protocolos de como trabalhar em cima tanto da alimentação saudável da criança né, quanto na questão da obesidade aqui. Então, a gente sempre aqui tá o tempo todo embasado em protocolos né, tanto em protocolos da Secretaria Municipal de Saúde, como quanto os protocolos do Ministério, mais da Secretaria (...), mas pra obesidade é muito básico. Tem como o que que a gente faz pra poder identificar que a criança tá acima do peso né, como que a gente faz peso, medida, como que a gente faz esse controle. Tem um pequeno cardápio, tem lá uns passos de alimentação saudável, tem uma pirâmide de alimentação que a gente pode orientar, sentar com a mãe, (...) eles trazem pra gente como que a gente pode trabalhar em grupo também fazer né, fazer grupos é, grupos educativos falando de alimentação saudável, (...) na obesidade específica, propriamente dita não muito, não tem muita coisa não, é mais pra gente trabalhar a prevenção mesmo. (P15)*

A educadora física do NASF (P13) citou o Guia Nacional da Alimentação, do qual compreende que é um guia de orientação para a equipe. Declara que o Conselho Regional de sua categoria profissional tem poucos documentos norteadores sobre obesidade, em especial direcionado a crianças e adolescentes. Colocou que a sua profissão até então era focada na educação e não na saúde e percebeu que não estão preparados para o enfrentamento do problema.

*É, tinham algumas palestras dentro do CREF [Conselho Regional de Educação Física], que apontava isso assim “olha gente, a gente tem um “B.O.” aqui na mão, entendeu”! E qual é nosso papel enquanto profissional de educação física? É isso né, dentro do CREF (...) hoje tem um setor lá dentro que tá trabalhando com NASF. Uma coisa que é nova também pra nós como profissionais de estarmos lá na saúde que é nossa vinda, sempre foi pra educação, nosso crescimento foi na educação. Então, acho que o nosso Conselho tá discutindo isso. (P13)*

Na abordagem no que diz respeito a conhecimentos sobre legislações e diretrizes relacionadas ao manejo da obesidade com crianças e adolescentes obesos, a presente pesquisa pontuou que a maioria dos entrevistados informou desconhecer leis, normas e protocolos específicos, sobretudo a que orientem acerca da linha de

cuidado no tratamento do sobrepeso e da obesidade na Rede de Atenção à Saúde para pessoas com doenças crônicas. Nessa questão, vários deram respostas sem conexão ao que foi indagado, desviando totalmente do assunto. Diversos responderam que desconhecem ou nunca ouviram falar, outros foram enfáticos em dizer que não tem e alguns mencionaram já terem ouvido falar alguma coisa a respeito.

Seguem algumas manifestações sobre:

*Quanto a legislação, eu vou te ser bem sincera que assim, não conheço a não ser essas coisas da alimentação infantil mesmo, dessas leis, dessas normas que existem de que a gente procura seguir: de aleitamento, de evitar essas fórmulas infantis dentro do possível, agora, da legislação, a questão da obesidade, além dessa informação, além dessa orientação da gente continuar nessa detectando os possíveis casos com risco, né! vulneráveis pra isso e orientando na questão alimentar e seguindo o fluxo mesmo dos Cadernos, eu não sei. (P3)*

*Não, aqui rede pública não tem protocolo nenhum. Eu tenho protocolo de pesar, medir, fazer o IMC, colher os exames, pedir o retorno, faço por conta, não tem, não tem protocolo, perguntar o que que come, o que que não come (...) Não, não tem...não tem legislação nenhuma (...) eu sei o que eu sei do Ministério, o que eu aprendi na faculdade, entendeu? O que eu fiz na residência, o que eu sei do Ministério só, tá? Mas nada assim que a gente siga, eu faço o que eu sei que fazer com o obeso, né? As medidas, pedir os exames encaminhar pra onde precisa, é isso o que eu faço basicamente, orientar a mãe e é isso. (P8)*

*(...) esse é um protocolo do trabalho de educação física da escola americana de educação física infantil né, (...) a gente segue realmente os guidelines deles. Agora, específico pra obesidade, não, não conheço, porque assim, aqui não existe um protocolo né, pra o que vai determinar na verdade são níveis de intensidades que na verdade assim, não existe um protocolo específico pra obesidade existem protocolos para as complicações, de algumas complicações da obesidade, um paciente (...) com sobrepeso, sem nenhum comprometimento né, (...) ele vai entrar no protocolo de atividade física normal como a gente protege ele com impactos, como um indivíduo sem obesidade vai ser tratado com o mesmo protocolo vai seguir. Ah! só, realmente entra alguma coisa específica quando há já alguma complicação (...) e legislação, desconheço, não atuo, específico não. (P11)*

*Eles lançaram se não me engano em 2014 ou acho que no finalzinho de 2015 se eu não me engano, na verdade a linha de cuidado sobrepeso e obesidade é Federal, mas, aqui no Município eles fizeram o lançamento que foi quando eles lançaram os folders né, algumas cartilhas que ajudava nas orientações. (P12)*

*(...) pra psicologia, não conheço nenhum documento norteador para atuação da psicologia nesse caso de obesidade. Conheço em relação a*

---

*cirurgia bariátrica, mas em relação a obesidade, não sei, por exemplo, se tem algum documento que fale que na equipe que aborda obesidade é obrigatório que se tenha um psicólogo, não sei. (P16)*

Referente a percepção quanto as Leis e diretrizes, a participante gestora (P3), embora tenha declarado não conhecer legislações ou diretrizes específicas sobre obesidade na criança e adolescente, compreendeu que regulações são necessárias, mas que precisam ser cumpridas para que as diretrizes deem certo.

*É, dos protocolos é aquilo de acordo com o Caderno do Ministério, que a gente segue mesmo, tá! as diretrizes desde do NBCAL [Norma Brasileira de Comercialização para Lactentes e Crianças de 1º infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras] né! da alimentação do lactente, dessas fórmulas, dessas coisas que a gente tem que normatizar mesmo que, é isso tem que ser normatizado pra que não chegue da maneira como chega, violentamente, né! A essa imposição de fórmulas, de suplementos e coisas que nem são indicadas pro aleitamento materno seria a coisa mais importante na prevenção da obesidade. Se a mãe soubesse do valor desse aleitamento exclusivo até os seis meses e, junto com outros alimentos até dois anos e se soubesse da importância de não introduzir fórmulas e outras coisas na alimentação infantil, acho que isso já seria um grande passo se fizesse valer a Lei né! NBCAL e outras coisas. (P3)*

Sobre este assunto, a pediatra da atenção secundária (P5) respondeu, demonstrando certo nervosismo, um tom de voz agressivo e em alguns momentos riu evidenciando deboche. De forma enfurecida, falou sobre a linha de cuidado para crianças e adolescentes obesas, declarando que não foi implantada. Mencionou que participou de discussões com representantes de órgão públicos onde o foco era a construção de uma linha de cuidado para crianças e adolescentes obesas. Declarou se sentir indignada por que nada foi feito até o presente momento. Relatou:

*(...) vontade de rir que eu tenho. Porque, eu que escrevi a linha de cuidado [fez referência a uma regional de São Paulo] né. E a linha do cuidado sabe qual que é o desafio? É que nem o SUS. O SUS, é ruim? não o SUS é maravilhoso, que que o SUS precisa? Precisa existir, que ele não existe, até hoje ele não foi...ele está sendo extremamente sucateado e ele não foi completamente implantado, não foi implantado [falou em tom de tristeza] (...) a linha de cuidado da obesidade o que ela precisa é ela ser implantada ela nunca foi. O que vai fazer... linha de cuidado da obesidade, se acha que foi implantado? Não foi. (P5)*

---

Em sua narrativa, ainda mantendo um comportamento enérgico, descreveu como era a proposta do desenho da linha de cuidado:

*(...) óh, primeira coisa que precisa associar, a linha de cuidado tem que ser integral né. Ela tem que associar ações preventivas, a gente faz aqui, não é? Curativas e de reabilitação. Na produção de projetos terapêuticos, singulares feitos com base em avaliação de risco: clínico, social e econômico, é o que a gente faz, isso eu que tô falando? Não (...) [mencionou uma fonte: Política Municipal de Saúde, 2013]. foi uma política de saúde que fez (...) ela existe, ela não foi inventada pela gente né. E a gente tá aqui pra fazer um pedaço disso aí né. Porque tem a parte da UBS que é prevenção e tratamento, estimulando a alimentação e hábitos saudáveis. Do mesmo jeito que faz educação física com “véinho”, porque ele não faz com criança? Então é a proposta que era da [fez novamente referência a regional de São Paulo], que era da UBS fazer isso, certo? Olha aqui óhóh!!! [falou mostrando a tela do computador onde estava a descrição do projeto] trabalhar prevenção e o tratamento. Estimular a alimentação e hábitos saudáveis. Enfrentar os sedentarismos, mapeando equipamentos de laser, esporte e cultura e construindo uma acessibilidade dos usuários, isso é da UBS. (...) através dos NASF’s e nas tradicionais, da assistente social, psicóloga, enfermeira, enfim, de quem se engajar. Encaminhar os que forem avaliados e se chegar à conclusão de que necessita de um atendimento mais individualizado (...) É isso que “tô” falando. A gente tem que atender só os mais “atrapaiado” (...) porque nós estamos na secundária. (...) Avaliações, e contra-referência [reforçou esta palavra dando importância a ela]. Então, essa linha não foi estabelecida, que nem o SUS. Então o que eu quero da linha de cuidado, que ela exista, ela não existe. (P5)*

Neste momento, a participante demonstrava muita irritação. Discutia o tempo todo apontando para as falhas do sistema, incluindo suas queixas a respeito das dificuldades acerca da referência e contra referência, o que na concepção dela, interfere na possível linha do cuidado descrita aqui. Das entrevistas realizadas, esta foi umas das mais tensas pois a pesquisadora se sentiu desconfortável pelo fato da participante demonstrar alto grau de indignação e hostilidade. Era evidente que seu comportamento não estava relacionado com a entrevista em si, mas com os hiatos do sistema de saúde citados, o qual o tempo todo atacava. Ainda assim, a pesquisadora, em um determinado momento, respeitando os preceitos da Ética, perguntou se a participante queria interromper, e esta negou. Continuou a entrevista ainda irritada, mas à medida que avançava a conversa, foi se acalmando.

Em relação a linha de cuidado, especialmente à relacionada ao sobrepeso e a obesidade, poucos estudos existem sobre o tema, mas, progressivamente, parece

---

que o assunto tem chamado a atenção de alguns profissionais de saúde que atuam na base.

No contexto da RAS, a linha de cuidado dos serviços é uma estratégia de atenção à saúde que tem como objetivo organizar os serviços nos diferentes pontos de atenção à saúde e nos sistemas de apoio. Em 2013, por meio da Portaria nº 424, o Ministério da Saúde redefiniu “diretrizes para a organização da prevenção e de tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas” (BRASIL, 2013). No entanto, está focada na obesidade do adulto, e pouco menciona os públicos infantil e adolescente. Não deixa claro o fluxo e respectivas competências por pontos de atenção a serem seguidos voltados para crianças e adolescentes obesas.

Também, desde a publicação da citada portaria, não há evidências registradas de que esteja operando efetivamente.

Discursando na temática sobre fluxos e sua relação com legislações e diretrizes, alguns disseram que sentem falta de documentos que os orientem nessa questão. Destacaram que realizam encaminhamentos para seus pares ou para outros serviços baseados em suas práticas e conhecimentos com profissionais de demais serviços, descrevendo que por vezes o fluxo são eles mesmo que estabelecem.

*Não, aqui eu não tenho nenhum protocolo não. Agora lá na zona [mencionou o território onde atuava anteriormente] eu cheguei a ver um protocolo de encaminhamento só que era obesidade adulto, não era infantil nem na adolescência, era de adulto, que a gente tinha um fluxo na verdade, mas aí era lá do território né, Aí, no caso o enfermeiro encaminhava pro clínico, é mais ou menos parecido aqui, o clínico encaminhava na rede, aí a rede, qual eram as articulações? A gente sabia mais ou menos onde, qual hospital que passaria, qual era a unidade de referência pra esses obesos. (P14)*

A partir das narrações, inferiu-se que a movimentação dos usuários de saúde entre os componentes de atenção à saúde encontra-se fragmentada, visto que de acordo com as informações obtidas, cada serviço realiza os deslocamentos da forma que melhor interpreta ou de acordo com a disponibilidade que cada um apresenta. Isto se aplica também aos deslocamentos dos pacientes internamente nos serviços. Isto posto, parece que de fato não há fluxos estabelecidos ou claros por meio de diretrizes ou similares.

---

Embora pareça ser uma necessidade sentida por alguns participantes dessa pesquisa, um estudo de mestrado com abordagem qualitativa sobre a percepção de gestores e profissionais de saúde que prestam assistência a crianças e adolescentes obesas no SUS, quanto a linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade na cidade de Botucatu, concluiu que essa linha de cuidado “não se apresentou como necessidade percebida pelos entrevistados, a ponto de mobilizar recursos políticos e estruturais para tal.” (MAXIMIANO, 2016, pg 49), resultado que vai em caminho inverso ao percebido aqui.

No que concerne ainda sobre concepção à respeito de Leis e protocolos, neste estudo, médicos da atenção terciária, dois endocrinologistas (P2 e P7) e o psiquiatra (P10), informaram pouco conhecer legislações e protocolos relacionados a procedimentos com crianças e adolescentes obesas, com exceção dos relacionados a cirurgia bariátrica e a prescrição de medicamentos os quais se respaldam nos protocolos descritos em portarias da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) vigentes. Quanto a este assunto, descreveram os problemas que enfrentam, pois determinadas substâncias, de acordo com normas em vigor, têm uso restrito em algumas situações, segundo os mesmos, interferindo nas práticas assistenciais, gerando desconforto e contratempos nas tomadas de decisões. Registraram que há contradições entre as práticas e o que as Leis estabelecem, tal situação por vezes os deixaram sem opções para terapias.

Abaixo a manifestação de alguns médicos:

*Então, eu acho que é uma doença de difícil abordagem porque a gente tem um arsenal terapêutico restrito. Tem dois aqui no ambulatório, só tem duas medicações pra tratar enquanto que pra diabetes você vai ter 7, 8. Pra hipertensão também você vai ter um número muito grande e pra obesidade é muito restrito. (P2)*

*Existem os medicamentos (...), mas na prática, qual que é o embasamento que a gente tem? é a indicação do medicamento e o nosso bom senso, né. Aí, que que faz você achar que o seu bom senso é um bom ponto de corte, né? É o que a gente tem pra hoje. A gente não tem estudos com muitos medicamentos pro tratamento da obesidade então, aqui no Brasil a gente tem a sibutramina que assim, super estigmatizada, todo mundo fala mal. Tem estudos em adolescentes a partir de 12 anos mostrando que sibutramina é eficaz né, e quando você tira a mediação o paciente volta a ganhar peso você coloca a medicação o paciente perde peso. Então é uma opção terapêutica, e de acordo com a orientação da ANVISA, é somente a partir dos 18 anos que você deve prescrever. E de acordo com a bula, que aí é o contrassenso porque quem aprova a bula*

---

*é a própria ANVISA, aí é a partir dos 16 anos. E aí você tem um paciente que tem 12 anos ou mesmo 11 anos que aí tem 105 quilos. Ah!! ele tem 105 quilos, mas ele só tem 11 anos, deixa ele fazer 12 pelo menos pra entrar no critério do estudo, ou não, então vamos esperar os 16 anos pra ele poder entrar na bula ou espera os 18 pra ele entrar no termo da ANVISA? Não, a gente vai tratar agora, porque? porque uma criança com 100 quilos né, (...) ela não tem qualidade de vida. Então a gente vai usar a menor dose, vai avaliar a resposta, avaliar o aparecimento de efeitos colaterais e colocar na balança. (P2)*

*(...) não tem uma legislação específica pra obesidade infantil. O que tem são alguns medicamentos que são contraindicados pela ANVISA, por exemplo, pra até uma certa idade, a paroxetina que é um antidepressivo que é muito bom, eu não posso dar para uma criança de 12 anos, (...) por que a ANVISA contraindica. Mas eu posso dar Fluoxetina que a Anvisa aprova. Os dois são muito bons, mas eu sou obrigado a escolher a Fluoxetina pra não ir contra uma determinação Federal (P10)*

A Resolução RDC nº 54, por exemplo, normatiza que a Sibutramina está contraindicada a pessoas com IMC (Índice de Massa Corpórea) menor que 30kg/m<sup>2</sup>, a crianças e adolescentes e dispõe os motivos, dentre eles, os riscos cardiovasculares àqueles que estão em uso do medicamento. A referida RDC no teor do texto refere estar respaldada em estudo feito com 10.744 pacientes com 55 anos de idade ou mais, após aprovação do produto. Não citam o desenho do estudo nem o período em que foi realizado (BRASIL, 2014b).

Várias discussões existem em torno do uso dos medicamentos anorexígenos. Os chamados anorexígenos são aqueles que inibem o apetite e, geralmente, são utilizados em tratamentos contra a obesidade mórbida. Recentemente, por meio da RDC 133, novas medidas foram tomadas, gerando mais polêmicas sobre o tema. A referida RDC discorre sobre a comercialização dos medicamentos e parece trazer poucas mudanças sobre as práticas médicas (BRASIL, 2016).

A endocrinologista da atenção terciária (P2) e a pediatra da atenção secundária (P5) teceram críticas reforçando que os documentos norteadores não são claros e são pouco suficientes para lhes oferecerem elementos que possam lhes dar base concreta de como deverão executar a assistência da obesidade nas crianças e adolescentes.

---

Seguem alguns de seus comentários:

*A gente tem, diretrizes nacionais da ABESO e a gente tem um guideline da Sociedade da Obesity Society, da endócrino society, que a sociedade de endocrinologia é americana que é uma grande referência, no entanto né, os guideline na prática, (...) eles só falam referência eles não fazem indicação né. (P2)*

*O protocolo pra criança, não existe, existe pra adulto, e na verdade quando trabalhava na prefeitura, fui em muitas reuniões que eu morria de raiva (...) porque protocolo é muito ridículo. Na verdade, o que eles querem é protocolo pra bariátrica, (...) iam os cirurgiões das bariátricas e a gente discutia adulto e olhe lá, e qual que era a discussão? Levava um caso pra discutir se aquele tinha indicação ou não de bariátrica. Então se a linha de cuidado de adulto tá uma porcaria dessa, pra não falar outra coisa, se imagina se tem protocolo pra obesidade infantil, não tem...não tem. (...) quando eu ia nos primeiros Congressos falava assim “não, a obesidade pelo menos um ano de acompanhamento” hoje estão falando em três. Isso que não é com esses obesos que eu tenho aqui de 130 quilos, entendeu? Quer dizer não existe... e legislação, qual é a legislação que eu sei? Qual é a legislação que eu tenho só da bariátrica que, a partir de dezesseis que agora tão fazendo, que eu acho um horror, se quer saber a minha opinião. (P5)*

Além da participante P5, poucos se manifestaram sobre a cirurgia bariátrica. A endocrinologista P2 e a psicóloga da atenção terciária (P16) disseram conhecer a alguma regulamentação a respeito, no entanto, não mencionaram seus pontos de vista sobre a técnica, se são contra ou a favor do procedimento. A psicóloga da atenção secundária (P6) fez um alerta sobre a questão da saúde mental desses pacientes, principalmente ao que tem potencial para ser submetido ao procedimento cirúrgico. Descreveu:

*É que nem a gente acaba vendo ainda as pessoas vão para a cirurgia bariátrica e aí? elas tão preparadas realmente? Nem sempre, tanto que a gente tem aquele percentual de pessoas que mais tarde vão apresentar outras patologias, uma bulimia ou um alcoolismo, isso dos adultos. A das crianças e dos adolescentes também. (P6)*

De fato, há de se considerar que a cirurgia bariátrica tem sido nos últimos anos procedimento frequentemente escolhido no tratamento da obesidade grave, no entanto, poucos estudos trazem abordagem sobre as questões éticas e bioéticas, principalmente a cerca daqueles que ainda estão na adolescência e gravemente doentes em função do excesso de peso (GODOY, et al,2015). A Portaria 424, do Ministério da Saúde indica as diretrizes para o tratamento cirúrgico e inclui os critérios

de idade mínima preconizada (a partir dos 16 desde que o escore-z seja maior que +4 na análise do IMC por idade) mas cita, sem pormenorizar, as condições psicológicas em que devem estar esses pacientes, descreve apenas que deverá ter, família e paciente, compromisso consciente de que há necessidade de avaliação pré operatória rigorosa pela equipe multiprofissional, o qual inclui o psicólogo (BRASIL, 2013).

Godoy, et al. (2015), em um estudo sobre análise bioética nas indicações de cirurgia bariátrica em crianças e adolescentes, faz uma abordagem a este respeito reforçando que os 4 princípios fundamentais da ética devem ser respeitados: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça. Sugerem que para a cirurgia bariátrica deve haver um protocolo que considere esses princípios, essencialmente, da beneficência. Referem ainda que a participação da família é fundamental nesse processo e deve-se agir com prudência não perdendo de vista o respeito e a dignidade humana.

De modo geral, por meio das informações adquiridas, percebe-se que todos os profissionais dos vários pontos de atenção à saúde buscam informações complementares em diversas fontes com o intuito de descobrirem como fazer da melhor forma possível a assistência a essas crianças e adolescentes obesas. Eles têm contatos com materiais que norteiam suas práticas assistenciais, sobretudo, quanto ao diagnóstico e orientações gerais, mas queixam-se quanto a falta de algo que os orientem sobre o fluxo considerando a LC e condutas mais específicas e eficazes para o público infantil e adolescente. Porém nota-se que ainda assim não são suficientes deixando-os à deriva e suas práticas se resumem então, para a maior parte dos profissionais, em executar assistência baseada no empirismo cujos desfechos nem sempre são positivos.

Parece haver um abismo entre a prática e a disponibilidade de instrumentos que possam direcionar os profissionais em suas ações assistenciais com crianças e adolescentes obesas. Por meio das falas dos entrevistados, fica a interpretação de que estes parecem que dispõem de poucos materiais que possam auxiliá-los a realizarem um manejo mais eficaz. Outro ponto importante percebido pela pesquisadora é que, no que tange ao conhecimento sobre Leis e protocolos específicos sobre a obesidade em crianças e adolescentes obesas, os participantes pouco identificam a respeito. Vale ressaltar que é fato que o arsenal de documentos

---

norteadores sobre obesidade para crianças e adolescentes são restritos. A maioria das diretrizes focam a obesidade de forma ampla e fazem referências ao adulto, e de modo limitado, ao público infanto-juvenil. Talvez essa seja a razão pela qual vários profissionais de saúde que atuam na assistência com crianças e adolescentes obesas tenham pouco conhecimento sobre as normas.

### **7.2.3 Relação entre a prática assistencial e as dimensões da Rede de Atenção à Saúde**

A análise a seguir diz respeito a última, porém não menos importante, categoria analítica, agrupada pela pesquisadora. Assim como nas demais, autora do estudo destacou um grande tema central denominado de analítica. Pretende-se compreender como sucede alguns processos de interlocução entre os componentes de atenção à saúde, profissionais e usuários da rede pública, relacionados ao manejo da obesidade na criança e adolescente e respectivas influências na assistência resgatando os valores trazidos nas falas dos participantes.

Neste bloco do estudo, procurou-se compreender: as relações entre os diversos profissionais do sistema público e os respectivos componentes de atenção à saúde, como acontece a articulação entre os serviços da rede, quais são as adversidades e os pontos de conflitos. A proposta deste estudo também engloba o entendimento desses profissionais quanto as atribuições e competências por pontos de atenção à saúde, examinando por meio das falas se os participantes percebiam diferenças e semelhanças de suas atribuições e competências entre os pontos de atenção à saúde, além disso, compreender quais conhecimentos dispunham acerca dos serviços de saúde direcionados para crianças e adolescentes obesas.

A figura 6 representa 5 categorias empíricas e a relação com a analítica intitulada de “relação entre a prática assistencial e as dimensões da Rede de Atenção à saúde”.

---

Figura 6: Relação entre a Prática Assistencial e as dimensões da Rede de Atenção à Saúde, embasado na análise das respostas dos entrevistados, Município de São Paulo, 2017-2018



Fonte: Figura construída pela autora da pesquisa.

Na abordagem sobre a percepção dos profissionais quanto as referências e contra referências, a maioria trouxe nos discursos que elas não acontecem na sua plenitude. De modo geral, os entrevistados listaram falhas na articulação entre os pontos de atenção, sendo taxativos em dizer que este fluxo não funciona. No discurso, vários profissionais representados pelos três componentes de atenção afirmaram que só há referência, a contra referência não existe.

Participantes da atenção básica reclamaram dos outros pontos de atenção, em especial do secundário, com quem eles afirmaram ter maior contato. Enumeram especialidades pelos quais encaminham os pacientes e se queixaram de que quase nunca tem retorno dos profissionais. Dessa forma, não sabem os resultados e condutas atribuídas aos pacientes pelos profissionais do outro ponto de atenção. Destacaram que os pacientes quase nunca retornavam para os atendimentos na atenção básica pois tanto a população como alguns serviços de saúde compreendem

que houve transferência de atendimento e que a gestão da saúde passa ser agora daquele para onde o paciente foi referenciado. Declararam:

*Ai meu Deus, é complicado né, porque assim, você encaminha só que você não consegue fazer um acompanhamento, uma vez encaminhado pra atenção secundária que seja né, pra especialidade, a mãe fica lá com essa criança ou com esse adolescente. Então ela acha assim que ela não deve vim mais pra cá, não tem um acompanhamento cerradinho não né, pra questão da obesidade então assim, eu vejo que o pediatra encaminha, ela é dessa UBS então, ela tem que vim aqui, só que ela não vem. Que na cabeça dela, ela só tem que ir lá, a mesma coisa com a criança com obesidade, a mesma coisa, ela vai e então, a mãe acha que não precisa mais passar com o pediatra porque ela tá sendo acompanhada com endócrino. Talvez com a nutricionista, a nutricionista já faz mais esse papel... “mas assim, oh! “cê” volta com seu pediatra” “leva pra pediatra ver como que a criança tá” ..., mas não volta, e a gente não faz esse rastreamento, a gente não consegue fazer né, talvez uma falha mesmo então uma falha no sistema, é uma falha do sistema. (P14)*

*E a gente encaminha pro pediatra e, sinceramente, a gente não tem contra referência, existe também essa falha. (...) nem pra onde ele tá...desse fluxo, nem se ele encaminha pra algum lugar esse lugar devolve pra gente do que que foi feito não tem. A gente encaminha e, pronto, entendeu? eu não fico sabendo o que que acontece, de verdade. ... dentro do serviço público, como a maioria dos fluxos de verdade, esse de obesidade, não é muito diferente. E a gente tem uma dificuldade muito grande (...) às vezes o próprio familiar que voltava pra gente... óh! fulano passou uma dieta e pronto, então a gente às vezes, tinha devolutiva da própria pessoa porque a gente não tinha mesmo essa referência essa contra referência então, é um serviço muito ineficiente né. (P15)*

A análise dos depoimentos trouxe reflexões sobre o quanto estes princípios estão sendo seguidos e o quanto os direitos dos usuários estão sendo respeitados. É fato que a responsabilidade não pode ser atribuída de modo completo aos profissionais de saúde, mas corroboramos que deve ser compartilhada a um sistema de saúde, que apesar de ser admirável, é complexo e desde sua implantação enfrenta impasses políticos.

A participante da atenção primária (P14) apontou uma proposta relevante. Sugeriu que o tratamento para obesidade com crianças e adolescentes obesas fosse semelhante à “mãe paulistana”, programa direcionado para gestantes. Relatou que o programa exige que a atenção primária acompanhe a gestante, diz: “se ela é moradora daqui ela é sua ela não é de lá do alto risco...” Com isso, propõe que se

---

tenha um programa similar para obesidade infanto-juvenil, onde tenham que cumprir metas e apresentar indicadores.

A pediatra da atenção primária (P8) citou um exemplo de um serviço onde teve retorno, mas no geral, desaprovou o sistema de saúde relatando que a contra referência não acontece, além de que os responsáveis também não trazem de volta o paciente para a consulta. Declarou que eles não têm controle das consultas e então, se as crianças ou adolescentes não voltarem mais àquele serviço, não terão como saber o que aconteceu no outro.

*Então, referência é ligada ao ambulatório de obesidade, é essa que eu tenho, do encaminhamento, só no papel e uma vez a doutora [citou o nome da pediatra] veio aqui e nada mais, né. Quando ela dá alta lá ela encaminha pra mim uma carta, um relatório, um gráfico com toda a evolução da criança dando alta pra eu continuar aqui, tá? E é esse o retorno que eu tenho dela tá? outros serviços, não tenho nem isso, não tenho nem esse feedback, eu que falo pra mãe, a senhora vai passar em consulta lá, mas daqui um tempo você volta aqui pra ver o que está acontecendo lá, pra gente dar continuidade, mas não tem essa, serviço público é assim, é referência, vai quando precisa e aí a minha mãe volta quando precisa, aí fica assim, nem nada formal, tudo bem informal, tudo assim, nessa fichinha que a gente preenche, a gente preenche a fichinha no “numerinho” [falou ao mesmo tempo mostrando a ficha de referência e contra referência], (...) mãe esse aqui é encaminhamento a senhora vai no computador, no computador, o menino do computador marca na agenda regulada e pronto... se perde, um dia ela volta pra gente, quando ela voltar a gente sabe o que deu, se ela não voltar a gente não sabe né, assim, não tem, não tem esse vínculo. (P8)*

Análogo as queixas dos profissionais da atenção primária, médicos da atenção secundária contrapõe que tentam contra referenciar, mas não conseguem, elencando um número grande de motivos. A pediatra da atenção secundária (P5) listou suas dificuldades por não conseguir contra referenciar. Compreendendo seu papel neste ponto de atenção, assume que por diversas vezes, em função das dificuldades enfrentadas, como estar diante de um paciente grave, necessita de outros profissionais da atenção secundária e do ambulatório de atenção terciária, de forma que ela mesma já direcionou pacientes para esses locais, mas também não conseguiu retorno fácil. Necessitou ficar no controle para não perder de vista o paciente e afirmou que em algumas oportunidades solicitou apoio às coordenadorias de saúde, mas sem o sucesso esperado. Descreveu que o cenário é insano, desgastante e frustrante.

---

Segue declaração:

*Eu tenho que fazer toda contra referência e não consigo [ao usar a última palavra, deu um tom de irritação marcante] eu quero só por isso aí pra funcionar, porque, eu não tenho resposta do lado de lá. A gente já chamou aqui [mencionou as coordenadorias], que vieram com seus respectivos representantes (...) eu não consigo mandar pra unidade e ter resposta de que chegou no pediatra que é quem tem que saber disso. (...) é um trabalho danado eu tenho dividido as minhas crianças por coordenadoria, (...) e tenho por UBS, pelo médico eu tenho tudo e não consigo mandar a contra-referência. É um absurdo isso, nada funciona sem isso. Eu quero contra referenciar com o pediatra. Eu quero que chegue no pediatra, falar com ele “Óh, da sua lista de criança que você me mandou, tal não tá vindo, tal tá vindo e essa sumiu e essa tem pressão alta e essa tem gordura no fígado e essa tá com colesterol ruim, daqui a pouco ela enfarta, (...) eu não quero falar com o chefe do povo, é pra pediatra, isso que é contra referência. E porque não funciona? porque não atende o telefone, porque eu não tenho o email do cara, eu não tenho o telefone do cara, porque eu não tenho ninguém que me ajuda com isso. Eu não posso sair daqui e ir no posto, embora eu já fiz isso, eu não consigo ter nem contra referência. Pra quem me manda as crianças, falo mesmo que não funciona porque não tem contra referência pra mim. O certo é: eu mando a minha contra referência pra UBS. Eu mando pro terciário, o terciário me manda contra referência, quando eu “dô” alta, eu mando pra lá. Nada funciona...nada funciona (P5)*

O endocrinologista da atenção terciária (P7), assegurou que uma das portas de entrada no local é por meio de encaminhamento da atenção primária mediante a ficha de referência. Sua percepção é semelhante à dos profissionais da atenção primária e secundária. Descreveu uma falha na comunicação, igualmente mencionada por outros profissionais dos outros componentes. O endocrinologista discursou que em sua percepção a lacuna da comunicação acontece porque a referência e contra referência se dá por meio de um instrumento não informatizado, fragilizando o processo. Apontou:

*(...) primeiro que ela vem pelo paciente né, muitas vezes te entregam uma cartinha que alguém deu, e isso muitas vezes se perde, ou o paciente por algum motivo não traz, esquece, ou quando traz a gente responde mais, ela é muito frágil né, a probabilidade daquele papelzinho ali não chegar no destino, ou chegar e não ficar registrado e arquivado é muito grande né, é um ponto fundamental aí que devia ser melhorado. (P7)*

A endocrinologista da atenção terciária (P2) revelou que não contra referência porque é da atenção terciária. Cabe aqui inferir, observando essa colocação da profissional, que sua visão é hierarquizada, compreendendo, portanto, que por estar no topo do “nível de atenção à saúde” não precisa do caminho de volta.

---

---

Profissionais não médicos da atenção secundária e terciária não fizeram considerações a respeito pois disseram que os pacientes são encaminhados a eles por um fluxo interno. Em alguns serviços, os médicos pediatras ou endocrinologistas são as referências para a atenção básica e ao receberem os pacientes são eles os responsáveis por distribuí-los para os profissionais internos, conforme sua avaliação.

A nutricionista P1 e a endocrinologista P2, ambas do componente de saúde terciário, informaram que os pacientes chegam ao ambulatório de especialidade apenas por fluxo interno proveniente de outros serviços de especialidades disponíveis no hospital.

Em outros casos, de acordo com as informações colhidas, os pacientes não chegam ao local referenciados pela atenção primária.

Em relação a esses fluxos de encaminhamentos e articulação entre os serviços, as enfermeiras P14 e P15 da atenção primária disseram que encaminham as crianças e adolescentes obesas para o pediatra e este segue o fluxo que, segundo elas, não é bem estabelecido. A enfermeira P15 declarou que no outro território em que atuava a equipe era mais estruturada e dispunha de recursos humanos mais eficazes, incluindo NASF, e, quando necessário, encaminhava esses pacientes para um serviço terciário referência no serviço público.

*Na nossa vivência o que a gente faz hoje é, quando tem algum caso de obesidade, igual a gente tá fazendo né, aquele programa de saúde na escola, então a gente identifica os casos de obesidade, principalmente nas creches, a gente encaminha pro pediatra. (P14)*

A nutricionista da atenção secundária (P9) declarou que no seu entendimento as UBS's não encaminham diretamente para ela porque na atenção básica já está contemplado este profissional.

A gestora P3 esclareceu que os profissionais da atenção primária são orientados sobre as rotinas e protocolos de encaminhamentos, mas percebeu que nem sempre são cumpridos como deveria.

*(...) é uma coisa, assim um “empurrômetro”, né. Isso, a gente tem orientado muito profissional: que não é encaminhar pro especialista, “lavar suas mãos”. A gente sabe que é um paciente que vai ter que vir todo mês, que você tem que dar uma atenção maior, só vai piorar a*

---

---

*questão de você encaminhar. E, mesmo que você encaminhe pro outro profissional ele não vai deixar de ser seu paciente você vai ter que continuar a acompanhar junto; não é porque você mandou para outro, que você vai deixar de ter um compromisso com esse paciente, com essa família. Então, essa é a orientação que a gente dá, que se for encaminhar, ele não vai perder o paciente; vai sempre continuar sendo dele. Ele vai ter que ter informação sobre ele e que ele só vai encaminhar, realmente, quando ele esgotou todas as possibilidades. (P3)*

A endocrinologista da atenção terciária (P2) teve um olhar crítico a esse respeito. Na sua interpretação, a atenção primária deveria ser responsável pelo tratamento dos obesos, porém não menciona em qual grau da doença. Tratou este assunto referindo que a atenção básica não sabe fazer diagnóstico de obesidade e que quando encaminha os pacientes para atenção terciária, eles já estão em nível muito grave.

*Paciente com insuficiência cardíaca, já infartou, teve dois AVC não sei o que, com a obesidade IMC de 40, é um sobrevivente já né, encaminho pra tratamento clínico. “Cê” vai fazer o que com esse paciente? “Cê” não tem o que fazer, passou da hora. Perdeu o “time”, de caminhar, de tratar né. Então, não dá pra encaminhar todo mundo pra cá. Obesidade, os pacientes com obesidade eles tem que ser tratado no posto de saúde, o posto de saúde não trata hipertensão? Não dá insulina (...)? Então, tem que aprender a tratar a obesidade também mesmo com esses medicamentos que todo mundo fala que são o fim do mundo, mas que não são. Desde que bem adequadamente utilizados. (P2)*

Também em seu entendimento, o SUS ainda não tem uma organização de encaminhamento.

Os profissionais da atenção secundária têm o mesmo ponto de vista da endocrinologista P2 ao afirmarem que a circulação dos pacientes entre os serviços não está adequada, fato este percebido por alguns ao receberem crianças e adolescentes que não correspondem àquele componente de atenção à saúde.

Diante do exposto, podemos inferir que os fluxos de encaminhamentos intersetorial parecem não estarem claros para todos os profissionais e não há uma comunicação adequada.

Com referência às falhas do sistema rebelado pela endocrinologista P2, Mendes (2015 e 2010) descreveu em seus estudos sobre a fragmentação do sistema de atenção à saúde e as consequências dele, destacando que o modelo hierarquizado

---

gera um serviço que não se comunica entre si não sendo eficiente em prestar um cuidado contínuo, critica portanto, a hierarquização e traz um novo padrão a ser reproduzido, às Redes de Atenção à Saúde - RAS. Relata que há evidências de que esse novo modelo melhora a qualidade dos serviços de saúde prestado e o fragmentado necessita ser substituídos pelo integrado.

É importante destacar o relevante papel da atenção primária, enquanto gestora da saúde e coordenadora dos cuidados. Ela é a porta de entrada para os usuários no sistema de saúde, prelúdio do atendimento à saúde. Suas atribuições representam os cuidados na prevenção de doenças, soluções de agravos à saúde e direcionadora para casos de maior complexidade aos demais componentes de atenção à saúde. Como gestora e coordenadora da saúde é responsável por filtrar e organizar os fluxos dos serviços nas redes, desde os mais simples até os mais complexos (STARFIELD, 2002).

Mendes (2010) salienta os conceitos de redes de atenção à saúde, reforçando que os serviços devem ser integrados e não hierarquizados, mas, embora cada plano tenha suas atribuições e competências, elas não podem ser fragmentadas. O autor compreende que as redes têm missão e objetivos comuns e que devem atuar de forma cooperativa e simbiótica.

A Portaria 424 (2013), embora não contemple com clareza a obesidade na criança e adolescente, seguindo a lógica da RAS, norteia um fluxo a ser seguido conforme o grau de complexidade.

Isto posto, podemos dizer que há vários “nós”. Dentre eles, podemos mencionar que parece não existir ligação coerente entre usuário e o serviço de saúde assim como entre os componentes de atenção à saúde. Profissionais da atenção primária referenciam os pacientes para outros componentes, mas verifica-se uma imensa lacuna, fato este que pudemos identificar no momento em que os profissionais de saúde revelaram que encaminham os pacientes para outros serviços, mas não conseguem gerenciar o fluxo e nem tão pouco resgatar aqueles que não retornaram. Percebe-se certa incoerência: ao mesmo tempo que tem função de gerenciar a saúde e coordenar o cuidado, a APS não consegue realizar buscas ativas e retornar os pacientes para o serviço nem tão pouco se comunicam com a unidade para a qual o

---

usuário foi referenciado. Demais pontos de atenção raramente também entram em contato com o profissional da atenção primária. Não discutem casos e menos ainda buscam os faltosos. Com isso, os usuários ficam soltos, no limbo, por falhas nos gerenciamentos e, por dificuldades organizacionais, logísticas e de comunicação. Paralelamente a isso, todas as equipes de todos os pontos de atenção à saúde estão diante de um sistema complexo e com muitos problemas.

Raros estudos existem sobre estes conflitos apontados aqui, menos ainda focados na percepção dos profissionais de saúde que atuam com crianças e adolescentes obesas. Dornelles; Anton (2013) em um estudo de abordagem qualitativa sobre a percepção dos profissionais de saúde que prestam assistência a crianças e adolescentes obesas no SUS, concluíram que há estreitamentos no sistema déficit na comunicação e no encaminhamento, os quais afetam a qualidade dos serviços assistenciais prestados.

Agregado a isso, percebe-se que profissionais da APS pouco encaminham crianças e adolescentes obesas para serviços especializados para tratamento e acompanhamento por desconhecerem a existência deste setor. Tal situação foi constatado neste estudo pois os participantes, quase que na totalidade, disseram desconhecer serviços específicos nos outros pontos de atenção em saúde que atendam crianças e adolescentes obesas. Destaca-se aqui que a pesquisadora percebeu que alguns desses serviços especializados estavam localizados muito próximo de onde estes profissionais atuavam, apesar de dizerem que os desconhecem.

Os profissionais da atenção primária, por atuarem no componente gerenciador e coordenador do cuidado, são os que referenciam, mas destacaram que por desconhecerem serviços especializados que atendam crianças e adolescentes obesas, geralmente encaminham para o endocrinologista, mesmo identificando que a causa da obesidade não é hormonal.

*(...), mas, a gente tinha por exemplo, nutricionista no NASF, então, quando a gente não conseguia referenciar, e a gente tinha como referenciar no ambulatório de obesidade infantil que, seu eu não me engano [citou uma instituição terciária]) então, a gente conseguia referenciar pra esse ambulatório. (...) então, aqueles casos que a nutri do NASF não conseguia resolver, a gente fazia encaminhamento e acabava passando (...) agora, aqui, de verdade, eu não sei. Não é essa referência. Eu sinto muito a falta de referência pra onde*

---

---

*referenciar uma criança obesa, entendeu, a gente não tem, não tem uma referência (...) o nosso serviço, ele não tem a gente não tem uma comunicação interserviço assim uma ... uma referência e contra referência uma coisa bem, uns fluxos bem definidos (P15)*

A psicóloga que atua no ponto de atenção terciário (P16) disse desconhecer se há serviços nos outros componentes de atenção voltados para o atendimento das crianças e adolescentes obesas.

*(...) não saberia nunca ouvi falar por exemplo de quais serviços na atenção primária e secundária que trabalham especificamente com obesidade não...não sei, desconheço na verdade. (P16)*

Outros participantes não trouxeram contribuição neste sentido, com exceção da educadora física do NASF (P13), que relatou desconhecer os dois ambulatórios da atenção terciária informados para ela pela pesquisadora ao final da entrevista, os quais atendem crianças e adolescentes obesas. Lamentou pelo desconhecimento e mencionou que, no outro território onde atuava, por vezes tinha pacientes graves, mas não tinha a referência destes ambulatórios, que são instalados em um hospital. Em sua fala, censurou as falhas de comunicação na rede atribuindo a responsabilidade ao sistema público onde compreendeu que tem a incumbência de divulgar os serviços, incluindo os de apoio.

Quanto às atribuições e competências no manejo da obesidade da criança e adolescente, vários participantes não souberam explicar semelhanças e diferenças da sua própria categoria por ponto de atenção à saúde. Algumas respostas foram desconexas pois não sabiam de fato o que responder.

Outros souberam identificar sua atribuição somente no componente em que atua, mas não conseguiram reconhecer qual é nos demais. Certos profissionais disseram que as atribuições são semelhantes nos diversos pontos de atenção, reforçando não perceber quais são as diferenças. Algumas manifestações:

*O meu papel é poder detectar algum diagnóstico psiquiátrico, algum transtorno psiquiátrico que esteja acontecendo que "tá" interferindo no resultado né, perda de peso influenciando ou não. No outro nível? eu acho que seria muito semelhante, eu acho que, o ideal né, eu vejo que seria, o psiquiatra continuar mesmo na terciária, mas que os outros profissionais envolvidos, geralmente o endocrinologista, pediatra endocrinologista, que ele mesmo possa detectar a necessidade da avaliação psiquiátrica né, e assim encaminhar se não tiver no serviço,*

---

---

como a gente tem na liga pra que encaminhe adequadamente né, o serviço psiquiatra trabalhando junto, eu vejo dessa forma. (P10)

Da obesidade eu não, nem consigo imaginar como que é na atenção secundária assim. Na terciária a gente sabe que tem né a eu não sei alguns hospitais atinge tem programas, voltado, eu tô bem por fora viu bem falar sinceridade pra você eu não tenho nem ideia de como tá a secundária e a terciária a nível de obesidade infantil. (P14)

Eu acho que na primária prevenção sempre né, porque em obesidade, a gente já pensa logo em risco cardiovascular né. No futuro, então, eu acho que a prevenção assim, é o papel principal. O ideal é que a gente trabalhe pra não deixar que isso aconteça né, pra não chegar nesse grau. É eu já...eu já tenho dificuldade de entender isso, de verdade, assim, eu fico pensando que será que né que vai trabalhar? (...) eu acredito que no secundário, principalmente no secundário e no terciário já vai direto no problema né, não vai primeiro na raiz, aqui não, aqui a gente vai entender todo o contexto familiar pra gente chegar no problema, lá o foco já é direto mais é mais direcionado, não é? Eu acredito que seja mais direcionado, então eu fico imaginando como deve ser trabalhar direto no problema, eu ainda não consegui, eu não consegui visualizar isso na minha cabeça, de verdade. (P15)

Seguem alguns relatos dos que pareceram perceber diferenças:

A diferença é que aqui eu tenho um grupo que pode ajudar essa criança e fazer o respaldo dela né. (P5)

Eu acho que assim o nível primário eu acho que tem tem muitas coisas semelhantes porque ela vai também pode lidar tanto o individual quanto grupo em termos de atendimento né, só que assim, lá elas vão, eu acho que o foco principal às vezes não é a obesidade, são outras questões e a gente um coloca isso como principal pra gente trabalhar obesidade. Mas eu acho que tem uma série de coisas que elas podem também tá fazendo né. Agora, no terciário é claro que vai ser diferente porque? Porque elas vão tá eu tô colocando que assim, o foco o objetivo do atendimento, da avaliação do atendimento vai ser diferente. (P6)

É eu acho que como endócrino né, é primeira via de ação aí é excluir que aquilo seja uma obesidade secundária ou um problema de saúde né, acho que a primeira eu pensando eu como especialista mesmo no ambiente secundário (...) acho que o papel do endócrino é especialmente acompanhar a curva de crescimento, curva de peso, é avaliar a parte de complicações da obesidade como pré - diabetes e colesterol, e aí interagir com a equipe multidisciplinar aí, e eu sinceramente acho que o papel o principal profissional aí é a nutricionista por exemplo, na obesidade infantil excluiu quem não é o problema de saúde, eu fico abaixo da nutricionista, da psicóloga né, porque é muito mais essa coisa de abordagem da família, do que tudo e aí elas tem uma habilidade muito maior, do que nós médicos (...) uma atribuição de que isso, primeiro lugar é isso excluir causas que não sejam relacionadas ao erro alimentar né. (...) na terciária...grau de

---

---

*complexidade. (...) no caso da criança obesa, crianças com um grau de obesidade mais grave, criança que tem algum distúrbio associado então está com a baixa estatura, está com micro pênis é tem alguma alteração hormonal, associado, tem algum suspeito, tem um quadro sindrômico que ainda não tá muito claro, que exige de algum grau de investigação maior né. E se no final das contas é só uma criança que tá no sobrepeso, mas que tenha um crescimento adequado, não é? ela poderia ficar no endócrino secundário não muito tempo né. (P7)*

*Aqui, olhar pro território na sua complexidade, então, em todos os ciclos da vida, então pensar na atenção nutricional desde o bebê, até o idoso né, eu acho que olhar pro que mais tem no território é, quais são as patologias mais frequentes, as doenças crônicas... e pensar junto em ações e estratégias pra que gente possa diminuir a incidência né, de comorbidades. Os pacientes às vezes estão adoecidos, e pensar na prevenção e na promoção dos que não estão adoecidos ainda, das que não estão obesas ainda, mas pensar em ações para que eles não fiquem obesos, e nos que estão obesos, de evitar que fiquem dislipidêmicos, né, com esteatose hepática, enfim, as outras comorbidades que podem surgir aí junto com a obesidade. Isso acho que vai desde atendimentos individuais, atendimentos compartilhados com equipe de estratégia, atendimentos compartilhados com equipe NASF, até os grupos, grupos de práticas corporais, grupos terapêuticos mais voltados para os pacientes que estão obesos. Então, acho que o trabalho da nutrição à atenção básica, atenção nutricional na atenção básica, ela vai permeando acho todos esses lugares assim. (P12)*

*Temos poucos nutricionistas que atuam na atenção secundária, mas, eu fico pensando que é a função do nutricionista da atenção secundária, é conseguir fazer um acompanhamento mais frequente, e aí, pensando ambulatorial, ou de grupo, do que a gente não consegue dar conta na atenção básica, então, os casos mais complexos, que precisam de uma atenção. Na nutrição, não tem nenhum dos territórios. Um ou outro território às vezes tem um nutricionista da atenção especializada, mas são poucos ainda. Então, eu acho que pra dar uma atenção maior pra esses pacientes que tem um grau de complexidade maior, também acho que precisaria de um nutricionista na atenção especializada sim. (P12)*

Os participantes da APS e do ponto de atenção à saúde secundária tiveram dificuldade de explicitar as atribuições dos profissionais no componente terciário. Alguns por desconhecerem a existência de um serviço voltado para o público infantil e adolescente, outros pela falta de contato direto com este serviço, referindo não conseguir informar se há diferenças ou semelhanças.

---

Seguem algumas manifestações:

*Olha, na terciária acho que eu nunca sou só estágio que eu atuei né, mas acho que muito daquilo é pontual, acho que eu vejo atenção terciária né, com isso. A paciente teve internada, teve AVC por exemplo. Ele internou, ele precisou fazer alguma cirurgia, lá ele vai ter um acompanhamento da dieta naquele processo né, naquele período em que ele tá lá, só que, como ele tem alta, ele tem que ter uma orientação mínima também né e até ele chegar de novo na atenção básica, ele precisa pelo menos um mínimo de orientação daqueles momentos, acho que o nutricionista consegue atuar dessa forma, mais pontual não na terciária né, não como acompanhamento longitudinal que é o que a gente vai conseguindo fazer na atenção primária, tanto na secundária também. (P12)*

*Na atenção terciária então é pra mim é bem...bem distante assim, entendeu? então, aí já me isso pra mim é restrito assim, realmente não conheço. Na secundária que é onde a gente tá circulando, mas eu sei que ele vai tá no CAPS, não em todos. Nas CRT's não, na URSI, algumas URSI's tem profissionais de educação física, mas é isso, tem que vê a entrada das crianças obesas nesses serviços, entendeu então num sei assim... não é muito claro pra mim não. (P13)*

Por fim, um dos pontos importantes que emergiu da fala dos participantes refere-se à necessidade sentida pelos profissionais no que diz respeito a melhoria da comunicação entre os serviços representados pelos pontos de atenção à saúde. O endocrinologista da atenção terciária (P7) e a nutricionista da atenção secundária (P9), trouxeram a importância da integração da informação. Destacaram que ela poderia ser feita por meio de um prontuário eletrônico onde as informações fossem integradas e disponibilizadas por todos inseridos no sistema de saúde, e com isso, todos conseguiriam acompanhar a trajetória do paciente, bem como condutas dos profissionais em seus respectivos componentes de saúde. Seguem suas falas:

*(...) essa comunicação entre as áreas... pessoas... às vezes vai no papel que quando existe vai bem né, e às vezes não tem nada né, se vai ler alguma coisa no prontuário que alguém escreveu, e aí a informação vai se perdendo não fica esse raciocínio alinhando aí como um todo. Entre os níveis, a comunicação é bem ruim, quando eu recebo uma carta do posto, eu respondo, mas não fica registrado em lugar nenhum. Eu costumo tentar deixar um prontuário ou escrever no meu prontuário (...), mas a informação, muitas vezes se perde, assim, tanto o médico do terciário roda quanto o médico do primário roda e, nada é informatizado. Então, e por um acaso por exemplo, eu tenho uma médica que eu converso muito com ela mas, ela é a pessoa que tá bastante tempo no mesmo lugar e tal, a gente tem uma boa comunicação, mas é uma exceção, por que tá um rodízio grande de*

*profissionais e essa informação não é digitalizada de nenhum modo e a gente não tem acesso a nenhuma informação do que “ta” acontecendo na rede básica, se o profissional não escrever... então eu vejo outros lugares por exemplo, outros países que o prontuário é do SUS, tem um prontuário, que todo mundo escreve e todo mundo lê, eu prescrevo aqui, a pessoa vai na farmácia e a farmácia já tem o que foi prescrito, e aqui a gente não sabe às vezes nem que tá tomando direito né... então, a comunicação vai bem às vezes dentro de um serviço né, dentre os serviços é ruim, é bem ruim. (P7)*

*Éh, interessante se fosse mais integrado né. Assim, o SUS já “tá” caminhando pra uma integração um pouco maior com sistema de rede SUS único né, um número SUS mais, por exemplo, prontuários que estivessem mais eletrônicos, que eles estivessem essa interação um pouco maior, por exemplo, eu tenho um paciente internada, que não é obesidade mas que é um paciente que faz terapia com nutrição enteral e ele reinternado com perda de peso, só que ele tem acompanhamento na UBS a gente não sabe em qual situação “tá” sendo isso, como que “tá” sendo esse atendimento, se a mãe não “tá” seguindo as orientações, o que que tá acontecendo né, às vezes falta essa informação e a gente não consegue, porque, quem é o ponto de informação é a mãe né, então ela acaba falando, na verdade ela passa a informação e a gente não sabe se ela é real, se não é, se aquela orientação ela interpretou de algum outro jeito e “tá” fazendo errado, então a gente tem essa dificuldade. Se tivesse um prontuário mais único e eletrônico que tivesse mais informações de outros profissionais de outras...dos outros níveis de atenção seria muito mais fácil né, até mesmo porque quando o paciente fosse atendido aqui ou no outro serviço mesmo que fosse no mesmo nível de atenção, teria essa informação, então, se ele interna aqui ou interna na Santa Casa, teria como a gente ter essa informação mais integrada que é um pouco difícil não tem, hoje em dia ainda não tem. (P9)*

A comunicação em saúde é um assunto relevante e instrumento fundamental nas relações entre as instituições de saúde, assim como com os profissionais e usuários. Da mesma forma como ocorreu em outros processos de mudança em saúde, a comunicação também vem seguindo suas transformações, incluindo a digital. É notório que há alguns anos que a saúde vem anunciando necessidade de novas práticas comunicativas, e dentre elas, destaca-se o prontuário eletrônico (BRASIL, 2016; COSTA, 2001). Em saúde, ressalta-se que a interlocução deve acontecer de forma efetiva, pois dela serão geradas intervenções. Essa conexão deve acontecer entre os usuários e os profissionais de saúde, assim como nas interações dos serviços com os profissionais. Apesar dos processos de comunicação eletrônica andarem de forma vagarosa, o Ministério da Saúde tem procurado priorizar a

informatização no SUS, sobretudo nas Unidades Básicas de Saúde, com o objetivo de integrar as informações e ações melhorando o atendimento ao cidadão (BRASIL, 2016; COSTA, 2001).

Nos últimos anos o Governo tem intensificado a implantação de prontuário eletrônico no Brasil. Hoje, portanto, ele já é realidade em vários estados, mas alguns municípios têm justificado que um dos principais motivos por não o terem implantado está relacionado a insuficiência de equipamentos. Outros motivos estão relacionados à conectividade e a falta de apoio de profissionais de Tecnologia da Informação (TI). Segundo manual informativo do Ministério da Saúde, até dezembro de 2016 municípios distribuídos em todas as regiões brasileiras foram capacitados para implantação do prontuário eletrônico. Por hora, embora de modo não integral, o prontuário contempla apenas a comunicação entre as Unidades Básicas. O sistema permite acompanhamento do histórico médico do paciente em todas as UBS da rede municipal. A plataforma permite ainda detalhamento da consulta e diagnóstico, medicamentos prescritos, procedimentos realizados, resultados de exames e evolução do paciente. Outras formas de gestão integradas ao sistema possibilitam registrar as visitas do Saúde da Família e do Agentes Comunitários de Saúde registrando, por exemplo, curativos, medidas corporais, etc. De acordo com as informações contidas no manual, o número do cartão SUS poderá ser gerado no momento da consulta e o profissional de saúde poderá verificar a disponibilidade de medicamentos. Outro benefício interessante refere-se à possibilidade do cidadão poder acompanhar o que está sendo lançado em seu nome, no entanto o acesso às informações parece ainda estar restrito ao município local, ou seja, não se comunica com outras localidades e nem com os outros componentes de atenção à saúde. (BRASIL, 2016; COSTA, 2001)

É fato que a informatização dos prontuários é um avanço importantíssimo e tem incalculáveis benefícios, dentre eles: centraliza as informações dos pacientes e garante mais segurança de dados; economiza espaço de armazenamento físico e evita perda e desperdício de papéis; evita falhas em relação à prescrição e administração de medicamentos; agiliza o atendimento e facilita o diagnóstico. Traz também benefícios para funcionários, médicos, pacientes e fornecedores, garantindo ao ciclo de atendimento mais credibilidade e menos risco de erro em toda a cadeia

---

hospitalar e auxiliando inclusive na gestão e administração dos hospitais (BRASIL, 2016; COSTA, 2001).

Várias discussões avançam em torno dessa transformação digital e os desafios são inúmeros, incluindo expansão para as redes ambulatoriais e hospitalares e a integração entre os serviços de saúde a nível municipal, estadual e nacional (BRASIL, 2016; COSTA, 2001).

Por fim, na presente análise dos resultados, verificou-se que profissionais de saúde apresentam dificuldades para referenciar crianças e adolescentes obesas. De modo geral por desconhecerem serviços especializados que façam manejo dessa doença para esses públicos. Por outro lado, certos profissionais da atenção primária encaminham crianças ou adolescentes obesas para ambulatórios de atenção secundária em condição de sobrepeso ou obesidade leve porque não contam com recursos humanos suficientes, citando, por exemplo, a falta de uma nutricionista, de um educador físico ou de um psicólogo.

Fica evidente que há muitas falhas nos processos de encaminhamento, referência e contra referência. Porém, as lacunas ocorrem por que o sistema está estrangulado. É fato que, por vezes, os profissionais da atenção primária se deparam sem outras opções senão encaminhar pacientes para outro serviço com o objetivo de suprir suas necessidades. Contudo, ao tomarem esta atitude, não conseguem resgatar os pacientes e manter a continuidade da assistência pois são gerenciadores da saúde, mas lhes faltam ferramentas para administrar. Alguns participantes relataram e justificaram porque encaminham crianças e adolescentes obesas para outro componente de saúde, mesmo não tendo indicação. Também apontaram queixas sobre os demais componentes no que diz respeito ao não recebimento da contra referência. Mas, por outro lado, também podemos refletir que a APS poderia se articular melhor com os demais componentes. Uma estratégia possível seria, por exemplo, manter contato direto com o serviço para onde referenciou com o intuito de trocaram informações acerca do paciente, discutirem casos, enfim, de se aproximarem dos outros componentes. Essa talvez seja uma forma de reduzir o volume de crianças e adolescentes obesas que estão no esquecimento, sem seguimento.

---

Em contrapartida, por meio desta pesquisa, foi revelado pelos profissionais da atenção secundária, que em tom de crítica, disseram tentar contra referenciar, mas têm dificuldades em conseguir contatos com aquele que encaminhou o paciente, desaprovando a atenção primária, da qual compreendem que não dá a devida atenção ao profissional. Portanto, não existe comunicação efetiva e nem conexão coerente entre o usuário e o serviço de saúde, assim como entre os componentes de atenção. A proposta apresentada por um dos participantes da atenção primária, sugerindo criar um programa semelhante à “mãe paulistana”, onde o serviço precisa cumprir metas e apresentar indicadores, parece ser uma possível saída para este “nó”. Outra possibilidade para minimizar os anseios seria informatizar a referência e contra referência de modo coerente e eficaz. Prontuários eletrônicos que possam ser integrados entre os componentes de atenção à saúde também são uma oportunidade de melhoria, de forma que os serviços se tornariam menos burocráticos e a comunicação interserviços passaria a ser mais efetiva.

---

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os achados, percebeu-se que os profissionais de saúde que atuam na rede pública prestando assistência a crianças e adolescentes obesas enfrentam muitas adversidades, as quais, por vezes, interferem em suas práticas gerando serviços nem sempre com a qualidade desejada. O cotidiano é desgastante e com muitos desafios. Poucos conhecem diretrizes estabelecidas pelas esferas do Governo para o manejo da obesidade com crianças e adolescentes. Sobretudo, desconhecem a linha de cuidado para doenças crônicas, destacando que suas práticas são baseadas nas normas determinadas pela instituição onde atuam e compartilhadas com suas experiências, no entanto, sentem-se seguros em fazer o diagnóstico da obesidade e tomar decisões pertinentes, embora sintam falta de orientações quanto a fluxos de encaminhamento e referências de serviços especializados. Os profissionais da APS também utilizam como documento norteador das suas práticas, os cadernos de atenção à saúde, material publicado pelo Ministério da Saúde.

Há diversidade de materiais e instrumentos norteadores para o manejo da obesidade, mas poucos deixam claro condutas e fluxos que deverão ser seguidos com crianças e adolescentes obesas, ou seja, são genéricas e não consideram as singularidades deste público. As diretrizes que norteiam a LC são necessárias e importantes, mas precisam deixar mais claro para os profissionais de saúde dos diversos componentes quais caminhos deverão seguir, de modo que garantam a integralidade e intersetorialidade.

Notou-se também que há falhas nos processos de referências e contra referências, gerando articulação sem coesão e harmonia entre os serviços. Além disso, os profissionais de saúde atuam sem estabelecer diferença clara sobre qual sua principal atribuição e competência na lógica da RAS que os distingue dos demais.

Pensando em processos de melhoria na comunicação e articulação entre os componentes de saúde em benefício do paciente e dos próprios serviços, é notório que se faz necessário a expansão do sistema de informação criando uma rede de comunicação eficaz, que gere elementos confiáveis, traduzidos em prontuários

---

eletrônicos, capaz de realizar conexões entre os profissionais de saúde dos diferentes pontos de atenção à saúde, resultando em serviços qualificados.

Portanto, intensificar, expandir e monitorar as intervenções de programas já implantados são pontos primordiais, assim como deve-se encorajar as equipes de saúde no que concerne as suas práticas no manejo da obesidade com crianças e adolescentes, levando em consideração as estratégias para prevenção, controle e tratamento desta enfermidade fortalecendo as políticas públicas de saúde, com o intuito de reduzir a prevalência e consequências da obesidade neste público.

---

---

## REFERÊNCIAS

ABREU, J. C. *Obesidade Infantil: abordagem em contexto familiar*. 2010. 44f. Monografia (Ciências da Nutrição e Alimentação). Funchal: Universidade do Porto, 2010.

ABESO. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. *Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010*. 3ª ed. Itapevi, SP: AC Farmacêutica, 2009.

ABESO. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. *Diretrizes Brasileiras de Obesidade*. 4. ed. São Paulo, 2016.

BALDIN, N.; MUNHOZ, B.E.M. *Snowball (bola de neve): uma técnica metodológica para pesquisa em educação ambiental comunitária*. In: Seminário Internacional de Representações Sociais, Subjetividade e Educação – SIRSSE. Curitiba, PR: Pontifícia Universidade Católica do Paraná, 2011.

BARBOSA FILHO, V.C. et al. A utilização do critério da Organização Mundial de Saúde para classificação do estado nutricional em crianças. *Motriz: Revista de Educação Física Online*, v.16, n.4, p.811-819, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1980-65742010000400001&lng=en&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-65742010000400001&lng=en&nrm=isso)>. Acesso em: jan 2018.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

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*. Brasília, DF, 2013. 28 p.

BRASIL. Câmara dos Deputados. *Constituição da República Federativa do Brasil*: Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo no 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994.

---

35ª ed. Brasília, DF: Edições Câmara, 2012. Disponível em: <<http://bd.camara.gov.br/bd/handle/bdcamara/15261>>. Acesso em: jan 2018.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A atenção primária e as redes de atenção à saúde*. Brasília, DF, 2015. 127p.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Atenção primária e promoção da saúde*. Brasília, DF, 2007. 232p.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Para entender a gestão do SUS*. Brasília, DF, 2003. 604p

BRASIL. Ministério da Educação. *Estatuto da Criança e do Adolescente. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Assessoria de Comunicação Social- Brasília: MEC, ACS, 2005. 77 p*

BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. *Portaria Interministerial Nº 675, de 4 de junho de 2008*. Institui a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis-DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro: situações e desafios*. Brasília, DF, 2005. 82p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Documentação. Conferência Nacional de Saúde, 8, 1986, Brasília, DF. *Anais...* Brasília, DF, 1987. 430p. Disponível em:<[http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf\\_nac\\_anais.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf_nac_anais.pdf)>. Acesso em: jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Curso de auto aprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde: apostila completa*. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Humaniza SUS: política nacional de humanização*. Brasília, DF, 2015. 16p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Organização Regional da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas: manual instrutivo*. Brasília, DF, 2014. 13p.

---

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010. *Diário oficial da União*, Brasília-DF, 31 dez. 2010, Seção 1, p.89.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 424, de 19 de março de 2013*. Redefine as diretrizes para organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014*. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2 abr. 2014c, Seção 1, p. 50-2.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução-RDC nº 133, de 15 de dezembro de 2016*. Altera a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 50, de 25 de setembro de 2014, que dispõe sobre as medidas de controle de comercialização, prescrição e dispensação de medicamentos que contenham as substâncias anfepramona, femproporex, mazindol e sibutramina, seus sais e isômeros, bem como intermediários e dá outras providências. Brasília, DF, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução-RDC nº 50, de 25 de setembro de 2014*. Dispõe sobre as medidas de controle de comercialização, prescrição e dispensação de medicamentos que contenham as substâncias anfepramona, femproporex, mazindol e sibutramina, seus sais e isômeros, bem como intermediários e dá outras providências. Brasília, DF, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica*. Brasília, DF, 2006. 60p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica do sistema de vigilância alimentar e nutricional – SISVAN*. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento

---

de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição. Brasília, DF, 2011b. 76 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento*. Brasília, DF, 2012. 272 p. (Cadernos de Atenção Básica, 33)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade*. Brasília, DF, 2014a. 214p. (Cadernos de Atenção Básica, 38)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS*. Brasília, DF, 2014d. 160p. Disponível em: <[bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao\\_redes\\_atencao\\_saude\\_sas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf)>. Acesso em: jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise e Situação de Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022*. Brasília, DF, 2011a. (Série B. Textos básicos de saúde).

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 20 mar. 2017.

BRASIL. Sistema E-SUS Atenção Básica. *Prontuário Eletrônico chega a 57 milhões de Brasileiros*, Brasília, DF, 2016. Disponível em: <> Acesso em: 15 de jun.2018

BUSS, P.M. A IX Conferência Nacional de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v.7, n.3, p.297-300, 1991.

COSTA, C. G. A. da - *Desenvolvimento e avaliação tecnológica de um sistema de prontuário eletrônico do paciente, baseado nos paradigmas da World Wide Web e da*

---

---

engenharia de software, 2001, 288f. Dissertação (Mestrado engenharia elétrica e de computação - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2001

2016. 85f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, 2016.

COUTINHO, W.F. Consenso Latino-americano de obesidade. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, v.43, n.1, p.21-67, 1999.

DE ONIS, M. et al. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bulletin of the World Health Organization*, v.85, n.9, p.660-667, 2007. Disponível em: [10665/204176/9789241510066\\_eng.pdf?sequence=1](http://www.who.int/mediacentre/publications/10665/204176/9789241510066_eng.pdf?sequence=1)

DORNELLES, A.D.; ANTON, M.C. A percepção dos profissionais da saúde acerca da atenção ao sobrepeso e à obesidade infantil no Sistema Único de Saúde (SUS). *Aletheia online*, v.41, maio/ago, p.53-66, Disponível em: <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/aletheia/article/view/3321>. Acesso em: Jan. 2018.

DUNCAN, B.B. et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Revista de Saúde Pública*, v.46, suppl. 1, p.126-134, 2012.

FELICIANO, K.V.O. Abordagem qualitativa na avaliação em saúde. In: SAMICO, E. et al. (Org.). *Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p.2942

FONTANELLA, B.J.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, v.24, n.1, p.17-27, 2008.

FONTES, G.A.A.; MELLO, A.L.; SAMPAIO, L.R. *Manual de avaliação nutricional e necessidade energética de crianças e adolescentes: uma aplicação prática*. Salvador, BA: EDUFBA, 2012. 88p.

GODOY, C.M.A. et al. Análise bioética nas indicações de cirurgia bariátrica em crianças e adolescente. *Revista Bioética*, v.23, n.1, p.61-69, 2015.

---

GOULART, F.A.A. *Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde*. Brasília, DF: PAHO/OMS, 2011.

GÜNTER, H. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa. Esta é a questão? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v.22, n.2, p.201-210, 2006.

GUSMÃO, J. L.; MION JÚNIOR, D. Adesão ao tratamento: Conceitos. *Revista Brasileira de Hipertensão*, v.13, n.1, p.23-25, 2006.

LUCCHESI, P.T.R. *Informações para tomadores de decisão em saúde pública*. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004. p.9.

MALTA, D.C. et al. Avanços do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011-2015. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v.25, n.2, p.373-390, abr./jun. 2016.

MALTA, D.C.; MORAIS NETO, O.L.; SILVA JÚNIOR, J.B. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v.20, n.4, p.425-438, 2013.

MATSUDO, V.K.R.; MATSUDO, S.M.M. Atividade física no tratamento da obesidade, *Einstein* (São Paulo), n. supl.1, p.S29-S43, 2006.

MAXIMIANO, T.O. *Percepção de gestores e profissionais da saúde sobre a linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade*. 2016. 85f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, 2016.

MELLO, E.D. et al, Atendimento ambulatorial individualizado versus programa de educação em grupo: qual oferece mais mudança de hábitos alimentares e de atividade física em crianças obesas? *Jornal de Pediatria*, v.80, n.6, p.468-467, 2004.

MENDES, E.V. *As redes de atenção à saúde*. 2ª ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549p

MENDES, E.V. *As redes de atenção à saúde*. *Ciência e Saúde coletiva*, v.15, n.5, p.2297-2305, 2010.

---

---

MENDONÇA, M.R.T. et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes da cidade de Maceió. *Revista da Associação Médica Brasileira Online*, v.56, n.2, p.192-196, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&nrm=iso&lng=pt&tling=pt&pid=S0104-42302010000200018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tling=pt&pid=S0104-42302010000200018)>.

Acesso em: Jan. 2018.

NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults. *Lancet*, v.390, n.10113, p.2627-2642, 2017.

NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS (NEPP). Programa de Apoio à Gestão Social no Brasil. *Modelo de avaliação de programas sociais prioritários: relatório final*. Campinas, SP, 1999. 38p.

PEREIRA, H.R.C. et al. Obesidade na criança e no adolescente: quantas calorias a mais são responsáveis pelo excedente de peso? *Revista Paulista de Pediatria Online*, v.31, n.2, p.252-257, 2013. Disponível em: [http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao\\_basica/index.php?p=1936](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=1936). Acesso em: 23 maio 2018];

PORTA, L.K. *Experiências de um grupo de adolescentes com sobrepeso e obesidade: um estudo psicanalítico*. 2006. 130f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica, Campinas, SP, 2006.

PRATES, R.P. et al. Percepção dos pais sobre a implantação da estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes, *Revista Brasileira de Promoção à Saúde*, 29 (3): 431-438, jul./set., Fortaleza, 2016

PRANGE, B.; BRAGAGNOLO, R.I. As singularidades das crianças pequenas expressas nas suas brincadeiras. *Educação e Realidade Online*, Porto Alegre, v. 37, n. 1, p. 251-271, 2012. Disponível em; <<http://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/15958/16047>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

PREFEITURA DE SÃO PAULO - Secretaria Municipal da Saúde Coordenadoria da Atenção Básica -CAB:< > Acessado em 23 de maio de 2018<sup>a</sup>.

---

---

PREFEITURA DE SÃO PAULO - Secretaria Municipal da Saúde - Coordenadoria de Gestão Especializada e Temática – COGET, < > Acessado em 23 de maio de 2018b.

REIS, P.M.C. *Educação terapêutica no tratamento da obesidade dinâmicas de grupo*. 2010. 44f. Monografia (Ciências da Nutrição e Alimentação). Funchal: Universidade do Porto, 2010.

SANTOS, K. Saúde lança linha de cuidado de sobrepeso e da obesidade. *Prefeitura de São Paulo Saúde Notícias*, 25 set. 2014b. Disponível em: <>. Acesso em: 17 abr. 2017].

SANTOS, K. Secretaria lança 'Saúde Muito Além da Mesa'. *Prefeitura de São Paulo Saúde Notícias*, 22 set. 2014a. Disponível em: <<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/noticias/?p=180492>>. Acesso em: 17 abr. 2017].

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. *Prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e de seus fatores de risco: guia básico para agentes de saúde*. 3ª ed. São Paulo, 2008.

SCHRAMM, J.M.A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.9, n.4, 897-908, 2004.

SICHERI, R., SOUZA, R. As estratégias para prevenção da obesidade em crianças e adolescentes. *Cadernos de Saúde Pública*, v.24, supl. 2, p.S209-S234, 2008.

SILVA, K.Z. et al. O adolescente obeso e seu corpo antes e depois de participar de um programa de assistência. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, 14(3), 68-75, 2004

SILVA, J.J.B, RAMALHO, W,M. *Cenário epidemiológico do Brasil em 2033: uma prospecção sobre as próximas duas décadas*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2015. 16p.

SOUZA, AA, Guerra M, Lara CO, Gomide PLR, Pereira CM, Freitas DA. Controle de Gestão em Organizações Hospitalares. *Revista de Gestão USP* 2009; 16(3):15-29. 7. Schiesari LMC.

---

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. 726p.

TOJO, S.R.; LEIS-TRABAZO, R. *La obesidad, um problema emergente en pediatría*. Conferência inaugural del VIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Nutrición, Murcia, 24-27 de octubre de 2001. *Nutrición Hospitalaria*, v.17, p.75-59, 2002.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas: Revista de Pós-graduandos em Ciências Sociais da Unicamp Online*, v.22, n.44, p.201-218, ago./dez. 2014. Disponível em: <<https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/tematicas/article/view/2144>>. Acesso em: jan. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Commission on Ending Childhood Obesity. *Report of the commission on ending childhood obesity*. Geneva, 2016. 68p. Disponível em: <<http://www.who.int/end-childhood-obesity/publications/echo-report/en/>>. Acesso em: 20 março. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global Status Reporto on noncommunicable diseases, 2014*. Disponível em: <<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>>. Acesso em: 5 março. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Growth reference data for 5-19 years*. Geneva, 2007. Disponível em: <>. Acesso em: 5 mar. 2017.

---

---

## APÊNDICE A

### ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

#### Caracterização da população de estudo (antes da entrevista):

- a) Sexo: F ( ) M ( )
  - b) Data de nascimento:
  - c) Graduação em:
  - d) Tempo de graduação:
  - e) Tempo de atuação na rede pública:
  - f) Tem especialização nesta área?  
Sim ( ) Quanto tempo? ( )  
Não ( )
  - g) Tem especialização em outra área?  
Sim ( ) Qual? \_\_\_\_\_ Há quanto tempo? ( )  
Não ( )
  - h) Tempo de atuação na assistência com obesidade infantil.  
\_\_\_\_\_(anos/meses)
  - i) Ponto de atenção à saúde que atua \_\_\_\_\_.
  - j) Qual sua formação e cargo/especialidade que ocupa onde trabalha?  
( ) Enfermeiro (a) - Cargo/especialidade : \_\_\_\_\_  
( ) Médico (a) - Cargo/especialidade : \_\_\_\_\_  
( ) Nutricionista - Cargo/especialidade : \_\_\_\_\_  
( ) Psicóloga - Cargo/especialidade : \_\_\_\_\_  
( ) Educador Físico - Cargo/especialidade : \_\_\_\_\_  
( ) Fisioterapeuta - Cargo/especialidade : \_\_\_\_\_  
( ) Outro - Cargo/especialidade : \_\_\_\_\_
-

**Roteiro da entrevista semiestruturada**

1. Conte sobre a escolha da profissão.
  2. Conte sobre a escolha da (s) especialidade (s).
  3. Discorra como foi a escolha em trabalhar no serviço público.
  4. Relate sobre suas experiências na assistência com crianças e adolescentes obesas na rede pública.
  5. Fale sobre avanços e desafios na assistência da obesidade infantil na rede pública.
  6. Discorra sobre suas atribuições/competências na assistência da obesidade infantil, no seu serviço de atuação.
  7. Fale sobre atribuições/competências (semelhanças/diferenças) do profissional nos outros níveis de atenção.
  8. Discorra sobre sua experiência na relação/articulação com demais profissionais de saúde no seu serviço de atuação.
  9. Discorra sobre sua experiência na relação/articulação com os profissionais de saúde nos demais níveis de atenção à saúde.
  10. Você recebe ou encaminha (ou os dois) pacientes para os demais níveis de atenção?
  11. Fale sobre protocolos, diretrizes, legislações, linha de cuidado para assistência a este público.
  12. Você tem alguma situação curiosa, diferente, especial que gostaria de compartilhar?
  13. Você tem algo que gostaria de adicionar sobre este assunto que considere relevante e que não foi perguntado?
-

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

*(De acordo com a Resolução 466 de 12/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde)*

Eu, Ana Aparecida de Souza Santana Gonçalez, estudante do curso de Mestrado em Saúde Coletiva na Universidade Católica de Santos – UNISANTOS, estou realizando uma pesquisa qualitativa intitulada **“Experiências de profissionais de saúde da rede pública que atuam na assistência da criança e adolescente obesa na cidade de São Paulo-SP”**.

Esta pesquisa é orientada pela Professora Dra. Carolina Luísa Alves Barbieri, a qual faz parte do corpo docente desta instituição de ensino.

O objetivo deste trabalho é compreender a experiência de profissionais de saúde que atuam no SUS na cidade de São Paulo sobre o manejo da obesidade infantil.

Para a entrevista será utilizado um gravador digital. Terá duração aproximada de uma (1) hora e será realizada em um ambiente privativo, respeitando o melhor momento e local de escolha do participante da pesquisa.

Esta pesquisa é relevante pois a obesidade infantil, além de ser uma doença evolutiva, ela traz fatores de riscos acompanhados de comorbidades importantes que poderão comprometer a saúde das crianças e adolescentes antes ou após atingirem a vida adulta. E, necessita melhor conhecimento sobre seu manejo para ações estratégicas ao seu enfrentamento na rede pública.

Os participantes não serão submetidos a nenhum procedimento que gere dor e outros riscos físicos, porém a realização da entrevista poderá causar um desconforto ou constrangimento mínimos. Caso eles ocorram, as entrevistas poderão ser interrompidas e se identificado algum sinal de desconforto psicológico ou de outra ordem relacionadas a participação da entrevista, a pesquisadora compromete-se em dar orientação, suporte e encaminhamento a profissionais especializados na área.

A participação é voluntária e a pesquisadora compromete-se em obedecer fielmente a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/12. Serão garantidos total anonimato e confidencialidade dos participantes, dos locais e dos dados. As informações obtidas serão confidenciais e o resultado dessa pesquisa,

---

quando divulgado, em momento algum o nome do participante e do local de trabalho serão associados ao estudo. Compromete-se também a utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

O participante da pesquisa terá o direito de saber dos resultados parciais e finais do estudo.

Se, durante qualquer etapa do estudo houver alguma dúvida, os participantes poderão entrar em contato com a pesquisadora responsável Ana Aparecida de Souza Santana Gonzalez (11-986038172), e Prof<sup>a</sup> Dra. Carolina Luísa Alves Barbieri (11-99935-7055). Em caso de denúncias e/ou reclamações referentes aos aspectos éticos da pesquisa o participante poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Unisantos no telefone Campus D. Idílio José Soares, Prédio Administrativo, sala 202. Av. Conselheiro Nébias, 300 - Vila Mathias, Fone 13-32055555 ramal 1254.

É garantida a liberdade da retirada do termo de consentimento de participação em qualquer etapa do estudo (a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo), e com isso as suas informações serão excluídas e, portanto, não analisadas. A pesquisadora do estudo será responsável por contatar os participantes diretamente, caso algum resultado da pesquisa seja de interesse imediato para o participante.

Esta pesquisa não gerará despesas ao voluntário, não havendo nenhuma forma de reembolso de dinheiro, já que a participação na pesquisa não gera gasto.

O presente termo de consentimento deverá ser assinado em duas vias, ficando uma em poder do participante e a outra em poder da pesquisadora responsável.

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar da pesquisa.

---

Nome completo:  
RG:  
(Participante da Pesquisa)

---

Ana Aparecida de Souza Santana Gonzalez  
RG: 15.668.391 - X  
(Pesquisador Responsável)

---

## APÊNDICE C – PARECER CONSUBSTANCIADO



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Experiência de profissionais de saúde que atuam no manejo da obesidade infantil na cidade de São Paulo - SP

**Pesquisador:** ANA APARECIDA DE SOUZA SANTANA GONCALEZ

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 66606717.0.0000.5536

**Instituição Proponente:** Universidade Católica de Santos - UNISANTOS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.058.089

#### Apresentação do Projeto:

Reapresentação do projeto "Experiência de profissionais de saúde que atuam no manejo da obesidade infantil na cidade de São Paulo - SP".

#### Objetivo da Pesquisa:

Compreender as experiências dos profissionais de saúde que atuam no SUS no manejo da obesidade infantil na cidade de São Paulo-SP; Identificar como a equipe multiprofissional se articula; Compreender os principais avanços e desafios no enfrentamento à obesidade na criança.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios apresentados de forma clara e com apoio psicológico aos casos de desconfortos que ocorrerem.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto com modificação no desenho metodológico, pois o processo de recrutamento dos participantes foi desvinculado das instituições - Unidades Básicas de Saúde no processo. A escolha da população será por meio de amostra não probabilística, amostragem por "bola de neve" (snowball), que parte de algumas indicações de pessoas chaves atuantes no SUS e com expertise no manejo da obesidade infantil e destas, novas indicações e assim por diante, que contemple

**Endereço:** Av. Conselheiro Nébias, nº 300

**Bairro:** Vila Mathias

**CEP:** 11.015-002

**UF:** SP

**Município:** SANTOS

**Telefone:** (13)3228-1254

**Fax:** (13)3205-5555

**E-mail:** comet@unisantos.br