



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

RENATA CARDOSO OLIVEIRA

**MANEJO DO SOBREPESO E OBESIDADE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES
POR ENFERMEIRAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ESTUDO DE
MÉTODOS MISTOS**

JOÃO PESSOA-PB

2021

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

048m Oliveira, Renata Cardoso.

Manejo do sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes por enfermeiras da estratégia saúde da família : estudo de métodos mistos / Renata Cardoso Oliveira. - João Pessoa, 2021.
93 f. : il.

Orientação: Neusa Collet.

Coorientação: Rafaela Queiroga Souto.

Tese (Doutorado) - UFPB/CCS.

1. Cuidados de enfermagem - Obesidade. 2. Atenção primária à saúde. 3. Enfermagem. 4. Crianças. 5. Adolescentes. I. Collet, Neusa. II. Souto, Rafaela Queiroga. III. Título.

UFPB/BC

CDU 616-083-056.257(043)

**MANEJO DO SOBREPESO E OBESIDADE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES
POR ENFERMEIRAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ESTUDO DE
MÉTODOS MISTOS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal da Paraíba-UEPB, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem, na área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Neusa Collet

Coorientadora: Prof^a Dr^a Rafaella Queiroga Souto

Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas do Cuidar em Enfermagem e Saúde

Projeto vinculado: Gestão do cuidado nas condições crônicas na infância e adolescência

João Pessoa-PB

2021



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



ATA DA 106ª SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE TESE

01 As 9 horas do dia 28 de maio de 2021, realizou-se a sessão de defesa de tese da discente **RENATA CARDOSO**
02 **OLIVEIRA**, regularmente matriculada no curso de **DOUTORADO EM ENFERMAGEM** da Universidade
03 Federal da Paraíba, que apresentou a tese intitulada **“MANEJO DO SOBREPESO E OBESIDADE EM**
04 **CRIANÇAS E ADOLESCENTES POR ENFERMEIRAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:**
05 **ESTUDO DE MÉTODOS MISTOS”**. Compunham a banca examinadora as/os docentes Dra. Neusa Collet
06 (Orientadora), Dra. Carla Campos Muniz Medeiros (Membro Externo Titular – UEPB), Dr. José Luís Guedes
07 dos Santos (Membro Externo Titular – UFSC), Dra. Altamira Pereira da Silva Reichert (Membro Interno Titular),
08 Dra. Jordana de Almeida Nogueira (Membro Interno Titular), Dra. Anajás da Silva Cardoso Cantalice (Membro
09 Externo Suplente - UFCG) e Dra. Elenice Maria Cecchetti Vaz (Membro Interno Suplente). Após a exposição
10 do trabalho, a aluna foi submetida à arguição, dispondo cada membro da banca de 20 minutos. Encerrada a sessão
11 pública de apresentação e de defesa do trabalho final, a comissão examinadora, em sessão secreta, deliberou
12 sobre o resultado e atribuiu ao trabalho o conceito **APROVADA**. Nada mais havendo a relatar, a sessão foi
13 encerrada às 12h20 e eu, Profa. Neusa Collet, presidi a banca examinadora da defesa da tese e lavrei a presente
14 ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos demais membros da banca.

15 João Pessoa, 28 de MAIO de 2021.

MEMBRO	ASSINATURA
ORIENTADOR(A) Neusa Collet	
MEMBRO EXTERNO Carla Campos Muniz Medeiros	p/
MEMBRO EXTERNO José Luís Guedes dos Santos	p/
MEMBRO INTERNO Altamira Pereira da Silva Reichert	p/
MEMBRO INTERNO Jordana de Almeida Nogueira	p/
SUPLENTE EXTERNO	
SUPLENTE INTERNO	

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Centro de Ciências da Saúde, Campus I da UFPB - CEP 58051-900
Ramal: 3216-7109
E-mail: enfermagempesgraduação@gmail.com
Endereço eletrônico: <http://www.ufpb.br/pos/ppgenf>

AGRADECIMENTOS

Primeiramente quero agradecer a Deus por ter estado sempre comigo, dando-me **forças** e me fazendo **acreditar** que tudo ia dar certo, mesmo quando as circunstâncias não me estavam favoráveis; por ter me dado **coragem** para enfrentar o que foi preciso, quando eu tive medo; por ter me suprido de **energia** e por ter sido minha **companhia**. É a minha fonte de inspiração, segurança e esperança. Sem Deus eu não sou nada.

Ao meu amor e esposo, Fagner, por ter deixado esse processo mais leve, com mais amor, felicidade, tranquilidade e proteção. Obrigada por tudo o que você faz por mim e pelo nosso lar; com você eu me sinto segura. Você é a minha fonte de amor. Obrigada por apoiar a continuidade do meu crescimento profissional. Deus tem uma vida inteirinha de sonhos a serem realizados em nossas vidas juntinhas.

Ao meu avô (em memória) por ter sido a pessoa que teve um amor genuíno por mim e que me ensinou a rezar, a fazer os primeiros cálculos matemáticos e, com o seu jeito, mostrou-me o que era amorosidade, lealdade, honestidade, simplicidade, doação e fé. Aquele que esperava ansiosamente pela minha chegada e que me amava incondicionalmente. A sua partida foi muito difícil para mim, mas sei que o Senhor está presente em todos os momentos que anseio pela sua presença. Obrigada por tudo, eu lhe amo para sempre.

Ao titio Jailson, que sempre me falou que valia a pena estudar, que era possível mudar a vida por meio dos estudos; que poderia demorar, mas que as conquistas sempre chegavam, bastava apenas continuar estudando. Obrigada também por ser, sempre, um pilar para todos.

À minha mãe por ter me criado; ao meu padrasto (em memória) por tê-la ajudado a me criar; ao meu irmão por ficar feliz com as minhas conquistas; à minha avó e aos demais familiares que sempre me transmitiram afeto e carinho.

Às amigas que construí ao longo da vida e que foram companheiras em muitos momentos da minha vida: Camila, Anajás, Nathalia, Ivelise, Elayne e Thayse.

À Professora Neusa por ter me aceitado como orientanda e por ter acompanhado de perto cada passo deste trabalho. Obrigada imensamente pela disponibilidade, orientação e pelas valiosas contribuições. Cresci muito com a senhora.

À Professora Rafaella, que me apoiou muito na realização quantitativa e mista deste estudo. Obrigada por estar sempre disponível, pela segurança transmitida e pelo acompanhamento de perto deste trabalho. As suas contribuições foram fundamentais.

Aos professores membros da banca de defesa da tese, José Luís Guedes dos Santos, Jordana de Almeida Nogueira, Altamira Pereira da Silva Reichert, Anajás da Silva Cardoso Cantalice e Elenice Maria Cecchetti Vaz.

À professora Carla Campos Muniz Medeiros, que, além de participar da banca, contribuiu com o formulário desta pesquisa, bem como, com toda a minha trajetória acadêmica na graduação e no mestrado.

À Nathali, que, mesmo estando com um espaço de trabalho cheio, sempre encontrou um

lugarzinho para eu guardar as minhas malas, e, mesmo estando com muitas coisas para fazer, nunca se recusou a me ajudar com os trâmites na secretaria.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e à Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba (FAPESQ), que, desde a graduação têm me apoiado com bolsas de estudos. Esse apoio foi fundamental para que eu chegasse até aqui. Sem esse fomento, a minha caminhada teria sido muito mais difícil.

À secretaria municipal de Saúde de Campina Grande-PB, que me acolheu com muito entusiasmo e não mediu esforços para me auxiliar na realização deste projeto. Obrigada por todo o apoio.

Às enfermeiras das Equipes de Saúde da Família das Unidades Básicas de Saúde do município de Campina Grande, que, mesmo com muito trabalho a ser realizado, disponibilizaram o seu tempo para participarem deste estudo.

A todos, muito obrigada!

EPÍGRAFE

Deus é Deus

Minha fé não está firmada
Nas coisas que podes fazer
Eu aprendi a Te adorar pelo que És

Dele vêm o sim e o amém
Somente Dele e mais ninguém
A Deus seja o louvor

Se Deus fizer, Ele é Deus
Se não fizer, Ele é Deus
Se a porta abrir, Ele é Deus
Mas se fechar, continua sendo Deus

Não O adoro pelo que Ele faz
Eu O adoro pelo que Ele é
Haja o que houver, sempre será Deus

Independente da sua circunstância
Levante as suas mãos e adore sempre dizendo
Deus é Deus

(Delino Marçal)

RESUMO

OLIVEIRA, Renata Cardoso. O manejo do sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes por enfermeiras da estratégia saúde da família: estudo de métodos mistos. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2021. 95f.

Introdução: a prevalência do sobrepeso e da obesidade em crianças e adolescentes tem crescido de forma significativa, nos últimos anos, exigindo manejo adequado. **Objetivo:** avaliar o manejo do sobrepeso e da obesidade de crianças e de adolescentes por enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Metodologia:** estudo de métodos mistos do tipo convergente com delineamento transversal para o estudo quantitativo e exploratório-descritivo para o estudo qualitativo, realizado com 98 enfermeiras da Estratégia Saúde da Família das Unidades Básicas de Saúde de um município do Nordeste brasileiro, entre os meses de maio de 2019 e março de 2020. A coleta de dados qualitativos ocorreu pela realização de entrevistas semiestruturadas e a coleta quantitativa pela aplicação de um formulário. A análise temática indutiva mediou a análise qualitativa dos dados; e a estatística descritiva, a análise quantitativa, seguida da integração e comparação dos resultados por triangulação. **Resultados:** o instrumento obteve o valor de alfa de cronbach de 0,706, demonstrando confiabilidade satisfatória. A integração dos dados auxiliou na compreensão de que as crianças maiores de dois anos e os adolescentes, na maioria das vezes, não são atendidas pelas enfermeiras. Já as crianças menores de dois anos, quando atendidas, são-lhes aferidos apenas a altura e o peso na antropometria. Ademais há enfermeiras que não classificam o índice de massa corporal de acordo com o sexo e a idade. Quanto aos exames, há enfermeiras que solicitam, porém, são aqueles relacionados à rotina da puericultura. As orientações sobre atividade física são realizadas de forma básica, e os encaminhamentos a outros serviços ou profissionais não são acompanhados. **Considerações finais:** O sobrepeso e a obesidade em crianças maiores de dois anos e em adolescentes não são frequentemente avaliados pelas enfermeiras e, entre crianças menores de dois anos, o manejo dessa morbidade apresentou fragilidades. Faz-se necessária a elaboração de protocolos específicos para esta categoria profissional, bem como educação continuada relacionada ao manejo do sobrepeso e da obesidade entre crianças e adolescentes.

Palavras-chave: obesidade; atenção primária à saúde; enfermagem; crianças; adolescentes.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Renata Cardoso. The management of overweight and obesity in children and adolescents by nurses of the family health strategy: study of mixed methods. Thesis (PhD in Nursing). Graduate Program in Nursing, Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2021. 89f.

Introduction: the prevalence of overweight and obesity in children and adolescents has grown significantly in recent years, requiring adequate management. **Objective:** to evaluate the management of overweight and obesity in children and adolescents by nurses from the Family Health Strategy. **Methodology:** a cross-sectional study of convergent mixed-methods for the quantitative and exploratory-descriptive study for the qualitative study, carried out with 98 nurses from the Family Health Strategy of Basic Health Units of a municipality in Northeastern Brazil, between the months of May 2019 and March 2020. The collection of qualitative data took place through semi-structured interviews and quantitative collection through the application of a form. Inductive thematic analysis mediated the qualitative data analysis; and descriptive statistics, quantitative analysis, followed by integration and comparison of results by triangulation. **Results:** the instrument obtained a Cronbach's alpha value of 0.706, demonstrating satisfactory reliability. The integration of data helped to understand that children over two years old and adolescents, in most cases, are not assisted by nurses. On the other hand, children under two years of age, when assisted, are only measured by their height and weight in anthropometry. Furthermore, there are nurses who do not classify the body mass index according to sex and age. As for the exams, there are nurses who request them, however, they are those related to the routine of childcare. The guidelines on physical activity are carried out in a basic way, and referrals to other services or professionals are not followed up. **Final considerations:** Overweight and obesity in children over two years old and in adolescents are not frequently evaluated by nurses and, among children under two years old, the management of this morbidity presents weaknesses. It is necessary to develop specific protocols for this professional category, as well as continuing education related to the management of overweight and obesity among children and adolescents.

Keywords: obesity; primary health care; nursing; children; adolescents.

RESUMEN

OLIVEIRA, Renata Cardoso. El manejo del sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes por parte de enfermeras de la estrategia de salud familiar: estudio de métodos mixtos. Tesis (PhD en Enfermería). Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, 2021. 92f.

Introducción: la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes ha crecido significativamente en los últimos años, requiriendo un adecuado manejo. **Objetivo:** evaluar el manejo del sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes por enfermeras de la Estrategia Salud de la Familia. **Metodología:** estudio transversal de métodos mixtos convergentes para el estudio cuantitativo y exploratorio-descriptivo para el estudio cualitativo, realizado con 98 enfermeros de la Estrategia Salud de la Familia de Unidades Básicas de Salud de un municipio del Nordeste de Brasil, entre los meses de Mayo de 2019 y marzo de 2020. La recolección de datos cualitativos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas y recolección cuantitativa mediante la aplicación de un formulario. El análisis temático inductivo medió el análisis de datos cualitativos; y estadística descriptiva, análisis cuantitativo, seguido de integración y comparación de resultados por triangulación. **Resultados:** el instrumento obtuvo un valor alfa de Cronbach de 0,706, demostrando una fiabilidad satisfactoria. La integración de datos ayudó a comprender que los niños mayores de dos años y los adolescentes, en la mayoría de los casos, no son asistidos por enfermeras. Por otro lado, los niños menores de dos años, cuando son asistidos, solo se miden por su altura y peso en antropometría. Además, hay enfermeras que no clasifican el índice de masa corporal según sexo y edad. En cuanto a los exámenes, hay enfermeras que los solicitan, sin embargo, son los relacionados con la rutina del cuidado infantil. Las pautas sobre actividad física se llevan a cabo de forma básica, y no se hace seguimiento a las derivaciones a otros servicios o profesionales. **Consideraciones finales:** El sobrepeso y la obesidad en niños mayores de dos años y en adolescentes no son frecuentemente evaluados por enfermeras y, en niños menores de dos años, el manejo de esta morbilidad presentó debilidades. Es necesario desarrollar protocolos específicos para esta categoría profesional, así como la educación continua relacionada con el manejo del sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes.

Palabras clave: obesidad; atención primaria de salud; enfermería; niños; adolescentes.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	REVISÃO DA LITERATURA	14
2.1	Obesidade em crianças e adolescentes	14
2.2	Políticas públicas de atenção a crianças e adolescentes com excesso de peso	17
2.3	Manejo do sobrepeso e obesidade de crianças e adolescentes por enfermeiras da estratégia de saúde da família	19
3	METODOLOGIA	24
3.1	Desenho do estudo	25
3.2	Cenário do estudo	26
3.3	Período da coleta de dados, participantes do estudo e critérios de elegibilidade	27
3.4	Instrumento de coleta de dados	28
3.5	Procedimentos de coleta de dados	28
3.6	Análise dos dados	29
3.7	Considerações éticas	30
4	RESULTADOS	31
4.1	Resultados qualitativos	31
4.2	Resultados quantitativos	38
4.3	Integração dos resultados quantitativos e qualitativos	42
5	DISCUSSÃO	57
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
	REFERÊNCIAS	67
	APÊNDICE A- Roteiro de entrevista qualitativa	76
	APÊNDICE B- Formulário quantitativo	77
	APÊNDICE C-Termo de consentimento livre e esclarecido para coleta de dados	82
	ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética	84
	ANEXO B – Emenda do Comitê de Ética	87

APRESENTAÇÃO

Desde o início da graduação em enfermagem, na Universidade Estadual da Paraíba, eu me interessei pela pesquisa. No primeiro ano do curso, iniciei como voluntária de extensão do curso de Farmácia, fui evoluindo no grupo e me tornei bolsista de extensão. O próximo passo a ser conquistado seria me tornar aluna do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), mas fui convidada por uma professora para ser voluntária de extensão em um grupo de pesquisa do curso de Enfermagem. Então, na época, eu deixei de ser PIBIC no grupo de pesquisa de Farmácia para ser voluntária de extensão no outro grupo, que era de Enfermagem, pois eu queria pesquisar na área do meu curso. Tive que dar esse passo para trás, pois eu queria evoluir na pesquisa, mas queria que fosse na minha área. Falando assim, parece uma bobagem, mas, na época, para uma graduanda, uma decisão como essa era significativa. Ao mesmo tempo em que tomava essa decisão, fui convidada por outra professora para participar de uma coleta de campo de uma mestrandia no Instituto Médico Legal (IML). Foi nesse lugar que eu comecei a achar o máximo o trabalho de pesquisa. Eu tinha um orgulho muito grande por poder ver e ler os arquivos e saber que aqueles dados seriam compilados e transformados em informações que mostrariam um panorama situacional de casos da cidade. Por meio dessa coleta de dados, a mestrandia me convidou para participar do grupo de pesquisa do qual ela fazia parte. Eu fui, mas passei pouco tempo participando, pois percebi que já tinha me apaixonado pela temática do grupo de enfermagem em que eu tinha entrado. Essa temática pela qual eu tanto me apaixonei é a mesma que estamos vendo nesta tese: a obesidade em crianças e adolescentes. Com esse grupo, eu tive muitas experiências, aprendi muito. Como voluntária de extensão, eu realizava, semanalmente, ações educativas que abordavam os diversos temas associados à obesidade e atuávamos, também, nas consultas que a orientadora realizava como endocrinologista às crianças e adolescentes que eram acompanhados nesse Centro de Obesidade. Além disso, eu participava das coletas de mestrados e doutorados que eram realizadas nesse ambiente. Graças a isso, fui adquirindo, na prática, muita experiência de diversos tipos metodológicos de pesquisas quantitativas, como as transversais, longitudinais e caso-controle, pois fazíamos rigorosamente os treinamentos em equipe para reduzir ao máximo os vieses de pesquisa no momento da coleta. Ao não conseguir coletar um número suficiente de participantes, no Centro de Obesidade, fizemos busca ativa nas residências dos participantes da pesquisa e, para mim, tudo isso era mágico. Com a minha dedicação, fui evoluindo e passei a ser aluna de PIBIC, o tão sonhado

PIBIC que almejamos tanto ter na graduação! Nesse grupo, como ele possuía muitos alunos, a gente precisava se dedicar muito para evoluir, então, conseguir um PIBIC era muito importante. Ao ser aluna de PIBIC, continuei participando do projeto de extensão de que eu já fazia parte, além de outros que desenvolvemos com a orientadora. Nessa fase, tive uma experiência muito boa para minha formação, pois eu passei a ajudar e contribuir, com a experiência que eu tinha da extensão, com os novos alunos. Então, eu ajudava em seus relatórios, na elaboração de seus projetos, nos resumos para congressos e nas ações educativas que iam realizar no Centro de obesidade. E eu amava tudo isso! Em seguida, vieram novas experiências para o grupo de pesquisa, que foram as pesquisas realizadas nas escolas, onde toda a logística mudava para que a gente pudesse dar conta de mais de 500 participantes. Porém, foi nesse momento que eu aprendi muito também. Aprendi a organizar questionários, fazer teste piloto, check-list de pesquisa, ver vários exames sendo realizados dentro das salas de aulas, nas escolas, tudo em uma linda e perfeita logística. Após a coleta, íamos para as incansáveis críticas dos vários questionários aplicados e para a famosa e árdua digitação do banco de dados. Com isso, aprendi o que era pesquisa na prática. Pude também ter a oportunidade de ver a minha orientadora, na época, realizando as análises estatísticas dos nossos trabalhos e eu me encantava com aquilo. Quando chegava em casa, eu ia estudar o que ela tinha feito para aprender. Que orgulho! Que alegria eu sinto por ter vivenciado e aprendido tudo isso! Passei no mestrado. Que felicidade ser aprovada nas tão temidas provas, nas cinco etapas do processo seletivo! No primeiro ano do curso, eu não tinha bolsa e fui dar aulas em escolas técnicas. Foi uma experiência muito gratificante, pois tive a oportunidade de passar um ano como preceptora de estágio na sala de parto da maternidade do município. Lá eu vivi o nascimento de bebês lindos e a dor de muitas mães ao dar à luz os seus filhos com anencefalia, macrocefalia, microcefalia, dentre outras condições. Atuei, também, como preceptora de estágio, por mais seis meses, em mais dois hospitais municipais. Essas experiências foram maravilhosas e muito significativas para mim, mas quando eu tive a oportunidade de receber a bolsa, eu deixei esses empregos, pois eu queria fazer um bom mestrado para conseguir passar no doutorado, afinal este era o meu sonho. No mestrado, eu tive a oportunidade de realizar o estágio de docência na disciplina de estatística, que era ministrada pela minha orientadora. Nesse estágio, eu tive a oportunidade de dividir a disciplina com ela e ministrar aulas no curso de enfermagem. Que frio na barriga, pois tinha chegado o momento de transmitir aquilo que eu tinha aprendido! Mas, enfim, deu certo. Enquanto mestranda, eu tive a oportunidade também de ajudar com os relatórios e projetos dos alunos de PIBIC bem como auxiliá-los na elaboração de resumos para congressos. No

Centro de Obesidade, percebíamos que eram realizados atendimentos a crianças e adolescentes com sobrepeso leve, que poderiam ser acompanhados na Unidade Básica de Saúde (UBS). Esses jovens acabavam ocupando o lugar de crianças e adolescentes com obesidades mais severas, que estavam na fila de espera para serem atendidos neste Centro de obesidade, mas não existiam vagas suficientes. Contudo, como poderíamos encaminhar essas crianças e adolescentes com menos complicações para as UBS, se não tínhamos a certeza de que os profissionais realizariam os cuidados necessários? A partir dessa dúvida, surgiu a vontade de identificar como estavam as competências dos profissionais das UBS para esta habilidade. Associado a isso, estava o meu interesse de levar a minha experiência sobre a obesidade para os profissionais da minha categoria profissional, que é a enfermagem. A partir de então, surgiu a vontade de pesquisar o manejo do sobrepeso e da obesidade em crianças e adolescentes por enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Após a conclusão do mestrado, chegou a tão sonhada seleção para o doutorado. Fui aprovada, que felicidade! No primeiro ano, eu tive uma experiência maravilhosa, que contribuiu muito para a minha formação, que foi o estágio de docência, por dois semestres, no Hospital Universitário. Além disso, pude aprender muito com as disciplinas ministradas no doutorado. Neste primeiro ano, como eu não tinha bolsa, eu fazia o doutorado e era preceptora de pediatria pela UNINASSAU no Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes de Campina Grande. No segundo ano, fui aprovada e classificada em um concurso para professor substituto na Universidade Federal de Campina Grande, mas acabei não assumindo, pois surgiu uma bolsa no doutorado, e eu optei por ela, já que eu queria me dedicar à tese e fazer um bom doutorado, afinal, eu tenho sonhos em continuar com a pesquisa na minha vida. Na época, fazer essa renúncia foi muito difícil, mas, hoje, vejo que foi a melhor escolha. No doutorado, aceitei o desafio de aprender a pesquisa qualitativa e usá-la concomitantemente ao método quantitativo. Porém, ao estudar, descobri que esses dois métodos juntos formariam uma nova metodologia, que é o estudo misto. Esse início do doutorado foi assustador, foi tudo novo: cidade, universidade, pessoas, orientador, métodos de pesquisa. Todavia, Deus me deu forças e eu segui com medo mesmo. O meu mestrado foi em saúde pública e o doutorado em enfermagem, então, até as disciplinas, nessa nova fase de minha vida estudantil, eram bem diferentes do que eu já tinha visto. Em saúde pública, tudo muito epidemiológico, na enfermagem tudo muito filosófico. Inclusive, há diferenças entre a escrita quantitativa e a qualitativa. Porém, agradeço muito por todo esse processo vivenciado, pois abri novos horizontes, um novo olhar, e passei a dar mais importância ao significado das palavras. No doutorado, um dos melhores aprendizados, para mim, foi com a escrita, pois a minha

orientadora e minha coorientadora são maravilhosas com isso. Ainda não estou pronta com a escrita, mas sigo tentando. O mais importante de tudo é que, no doutorado, pude colocar em prática tudo aquilo que aprendi ao longo dos anos com a pesquisa. Pude construir a metodologia da tese; a logística de coleta de dados; a crítica e a digitação do banco; e a análise estatística dos meus próprios dados. Além disso, aprendi a fazer entrevistas e análises qualitativas e a trabalhar com métodos mistos. Então, eu só tenho gratidão por ter acrescentado essa experiência em minha vida. Não foi fácil, principalmente porque esta pesquisa não foi financiada. Mas, eu louvo a Deus por tudo, pois sei que eu, você e todos nós estamos lutando pelos nossos ideais, cada um com o seu sonho, cada um com a sua maneira. Foram grandes alguns desafios que eu tive que enfrentar durante o doutorado, os quais não eram relativos à vida acadêmica, mas de âmbito pessoal. E o que mais me preocupava era seguir em frente para não atrapalhar o doutorado. Enfim, graças a Deus deu certo, estou aqui, pois Deus me sustentou.

1 INTRODUÇÃO

Com o advento da transição demográfica, epidemiológica e nutricional, o perfil de saúde e doença foi modificado mundialmente. Antes, predominavam as doenças transmissíveis. Atualmente, há maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (SOUZA et al., 2017).

Dentre essas, a obesidade tornou-se um sério problema de saúde pública, por atingir faixas etárias cada vez mais precoces, possuir caráter epidêmico, e por ser fator de risco para outras doenças, tais como diabetes *mellitus* tipo 2, síndrome metabólica, dislipidemias, doenças cardiovasculares, síndrome da apneia obstrutiva do sono, síndrome dos ovários policísticos, problemas dermatológicos, certos tipos de tumores e osteoartrite (LOBSTEIN et al., 2015; YI et al., 2018).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a obesidade pode ser compreendida como:

um agravo de caráter multifatorial decorrente de balanço energético positivo que favorece o acúmulo de gordura, associado a riscos para a saúde devido à sua relação com complicações metabólicas, como aumento da pressão arterial, dos níveis de colesterol e triglicerídeos sanguíneos e resistência à insulina. Entre suas causas, estão relacionados fatores biológicos, históricos, ecológicos, econômicos, sociais, culturais e políticos (OMS, 2000 apud BRASIL, 2014, p. 20).

A OMS também afirma que 41 milhões de crianças sofrem com o sobrepeso e a obesidade no mundo e considera esse problema como uma epidemia global (OMS, 2017). No Brasil, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), que é realizada em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mais de 30% das crianças de 5 a 9 anos têm sobrepeso (PNS/IBGE, 2013). Essa obesidade já supera a desnutrição na população infantil (BRASIL, 2018).

Em relação aos adolescentes, os dados demonstram uma tendência de aumento (LHACHIMI et al., 2020). De acordo com a PNS, em 2013, 20% dos adolescentes de 13 a 15 anos estavam com excesso de peso (PNS/IBGE, 2013). Já em 2016, pesquisa realizada com adolescentes brasileiros na faixa etária de 12 a 17 anos, em escolas públicas e privadas, aponta que este percentual estava em 25,5% (Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes (ERICA) (BLOCHI et al., 2016).

Em 2019, adolescentes brasileiros entre 15 e 19 anos apresentaram uma prevalência de excesso de peso de 25,8%, sendo o sexo feminino com maior percentual de sobrepeso (22,9%) e obesidade (8,0%), quando comparado aos meninos, os quais apresentam 16,0% de sobrepeso e 5,4% de obesidade (PNS/IBGE, 2019).

Na região Nordeste, essa porcentagem é de 24,2% em adolescentes (BLOCHI et al., 2016). No município de Campina Grande-PB, interior do Estado da Paraíba, estudo realizado com adolescentes de escolas públicas constatou que 18,0% dos jovens estão com excesso de peso (OLIVEIRA, 2016).

Embora os fatores biológicos exerçam forte influência na obesidade e no sobrepeso, o aumento de suas prevalências, nas últimas décadas, pode estar relacionado à adesão a hábitos de vida não saudáveis, tais como a inatividade física, o sedentarismo e a alimentação com alto teor calórico (BAILEY et al., 2014; FERREIRA et al., 2019).

Nesse sentido, a obesidade pode ser evitada ou minimizada se houver prevenção e/ou assistência oportuna. Assim, recomendações para crianças, jovens e seus familiares estimulando a adesão a um estilo de vida e alimentação saudáveis poderão alcançar bons resultados (PENSE et al., 2015; MINOSSI et al., 2015; VIGITEL, 2018). Desse modo, os gestores e os profissionais da saúde devem estar atentos e capacitados para minimizar a incidência, a prevalência e as consequências dessa morbidade (LOBSTEIN et al., 2015; YI et al., 2018).

A saúde pública, que é o conjunto de medidas executadas pelo Estado para garantir o bem-estar físico, mental e social da população, tem trabalhado, por meio do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais e municipais, para a redução da obesidade. Assim, em 2006 foi lançado, pelo Ministério da Saúde, o Caderno de Atenção Básica Obesidade de nº 12, e em 2014 este caderno foi atualizado para a sua segunda edição, o Caderno de Atenção Básica nº 38 - Obesidade. Este último detalha a construção da linha de cuidado para obesidade no âmbito da atenção básica, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Frente aos elevados índices, a Sociedade Brasileira de Pediatria também lançou ações e, nessa perspectiva, elaborou um manual para os profissionais de saúde com orientações sobre a obesidade, específico para a faixa etária de crianças e adolescentes.

Visto que as orientações contidas nesses dois documentos institucionais podem ser realizadas por todos os profissionais da saúde e o foco deste estudo são as ações desenvolvidas por enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família (ESF), esta tese de

doutorado pautou-se também na Lei 7498/86 do COFEN, nas Resoluções nº 195/97 e nº 271/02, e no Protocolo do Enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família do Estado da Paraíba de 2015.

A base legal da categoria profissional do enfermeiro o legitima para o manejo do sobrepeso e da obesidade em crianças e adolescentes, incluindo: ações de avaliação do estado nutricional, em busca de alterações; abordagem e estímulo da criança, do adolescente e de seus familiares à adoção de um estilo de vida saudável; solicitação de exames de glicemia, colesterol, triglicerídeos, curvas de glicemia e insulina, TGO, TGP, Gama GT, TSH e T4 Livre, que identificam as comorbidades mais recorrentes; e a realização de encaminhamentos a outros profissionais e/ou serviços, quando necessário (SBP, 2012; SBP 2019; BRASIL, 2014a; COREN-PB, 2015).

Essas ações devem ser realizadas, de preferência, na Atenção Primária à Saúde (APS), a fim de, efetivamente, focar o cuidado na promoção e na prevenção dessa morbidade (SCHLOTTMANN et al., 2019). No entanto, apesar dos conhecidos riscos relacionados à obesidade infantojuvenil, estudos apontam que há dificuldades para a implementação da promoção, da prevenção e do tratamento do sobrepeso e da obesidade por enfermeiros na atenção básica (NELSON et al., 2015; LAWS et al., 2015; TANDA et al., 2017; TORRE et al., 2018; REUTER et al., 2019; SJUNNESTRAND et al., 2019), cuja população, frequentemente, não recebe os cuidados direcionados a esta morbidade, os quais são necessários e recomendados pela legislação vigente (ISMA et al., 2013; CYGAN et al., 2014; VALLABHAN et al., 2017).

Ser diagnosticado com sobrepeso ou obesidade na APS é o primeiro passo para o planejamento de ações (NELSON et al., 2015). No entanto, estudo realizado na Suíça identificou falta de conhecimento para definir e diagnosticar a obesidade, e baixa confiança e prática para cuidar dos pacientes com obesidade. Metade desses profissionais sabiam que faz parte do seu papel cuidar de pacientes com obesidade e 55% tinham a sensação de que não possuíam treinamento adequado para a realização desses cuidados (TORRE et al., 2018; SJUNNESTRAND et al., 2019).

Outros estudos mostram que os enfermeiros afirmam priorizarem outros atendimentos em detrimento a uma criança/adolescente com excesso de peso, devido ao tempo limitado na jornada de trabalho (ISMA et al., 2013; NELSON et al., 2015; POWELL et al., 2017; SJUNNESTRAND et al., 2019) e também devido a estarem mais preocupados com a desnutrição, por acreditarem que ela está mais associada a doenças mais graves do que às

doenças relacionadas à obesidade (ISMA et al., 2013) e que só é necessário cuidar do usuário nessa situação quando a obesidade está associada a outra morbidade.

Os enfermeiros também demonstram a crença de que crianças/adolescentes com excesso de peso não são uma preocupação que precisa de um maior esforço (ISMA et al., 2013; NELSON et al., 2015); e que as crianças menores de 6 meses, muitas vezes, precisam mais do que o leite materno (LAWS et al., 2015); que a obesidade constitui-se em responsabilidade da família e/ou do jovem (ISMA et al., 2013) e consideram o excesso de peso infantojuvenil como consequência do estilo de vida dos pais (BRAGA et al., 2017; REUTER et al., 2019; SBP, 2019). Além disso, esses profissionais expressam incerteza sobre a avaliação do Índice de Massa Corporal (IMC), não diferenciando obesidade de sobrepeso (ISMA et al., 2013; LAWS et al., 2015); raramente usam o IMC; comumente usam a avaliação visual para determinar se a criança está acima do peso ou não (ISMA et al., 2013; LAWS et al., 2015). Ademais, há um baixo percentual de enfermeiros (44,5%) que avaliam o IMC na puericultura (TANDA et al., 2017) e transferem suas responsabilidades no controle do excesso de peso aos pais e às escolas (ISMA et al., 2013).

Revisão integrativa que buscou avaliar intervenções do enfermeiro às pessoas com obesidade na APS, evidenciou que eles fazem aconselhamento para crianças com predominância nas consultas de puericultura e em visitas domiciliares; que as orientações incluíam alimentação saudável, aumento da atividade física e redução do sedentarismo e que o aconselhamento de enfermagem é capaz de melhorar o estilo de vida e diminuir o excesso de peso da criança e da mãe. No entanto, nunca ou raramente os enfermeiros usam gráficos de crescimento para identificar bebês ou crianças em risco de sobrepeso ou obesidade e, raramente, discutem com pais ou responsáveis sobre as consequências do comportamento sedentário. Quanto aos adolescentes, quase inexistente contato face a face desses com os enfermeiros na APS, porém, o uso de técnicas motivacionais via *web* configurou-se como uma importante ferramenta para que esse grupo populacional fosse contemplado (BRAGA et al., 2017).

Os enfermeiros também elencam barreiras que limitam sua atuação diante desses fenômenos, as quais são: falta de uniformização das orientações para prevenção e controle da obesidade; falta de clareza sobre protocolos e papéis para nortear a atuação clínica (ISMA et al., 2013; NELSON et al., 2015; POWELL et al., 2017); a gestão deficiente dos serviços; a necessidade de conhecimento sobre a responsabilidade de cada membro da equipe de saúde

(LAWS et al., 2015; TANDA et al., 2017; SJUNNESTRAND et al., 2019); a falta de materiais e de equipamentos compatíveis com a estrutura corporal dessas pessoas.

Diante do exposto e por ser a redução da obesidade uma das nove metas globais deliberadas para ser alcançada até 2025 (BRAGA et al., 2017), questionou-se: como os enfermeiros da ESF realizam o manejo do sobrepeso e da obesidade de crianças e adolescentes? A partir desse questionamento, definiu-se como objetivo geral: analisar o manejo do sobrepeso e da obesidade de crianças e adolescentes por enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família.

A avaliação do manejo foi realizada na perspectiva quantitativa e qualitativa pela compreensão de que uma questão de pesquisa nunca é abordada em toda a sua complexidade quando se enfoca somente em um método de investigação. A combinação de potencialidades de uma abordagem, compensa as fragilidades da outra, proporcionando mais evidências, quando comparada a pesquisas com um só método (CRESWELL et al., 2013; CRESWELL et al, 2018).

Mediante a literatura apresentada e a experiência da pesquisadora, adquirida ao longo de seis anos ao atuar em projetos de extensão, iniciação científica e mestrado em um ambulatório especializado no atendimento de crianças e adolescentes com obesidade, defende-se a tese de que os Enfermeiros da ESF não realizam adequadamente o manejo do sobrepeso e da obesidade em crianças e adolescentes.

Identificar as fragilidades do manejo do sobrepeso e da obesidade de crianças e adolescentes realizadas por Enfermeiros da ESF é o primeiro passo para subsidiar a elaboração de protocolos e capacitações específicas para essa categoria profissional, em busca de melhorias aos cuidados realizados por esses profissionais. Subsequente a essas ações, poderá ocorrer melhores práticas, maior assistência a esse público sobre essa morbidade, bem como, crianças e adolescentes com mais saúde, maior qualidade de vida, menos sobrepeso, obesidade e comorbidades.

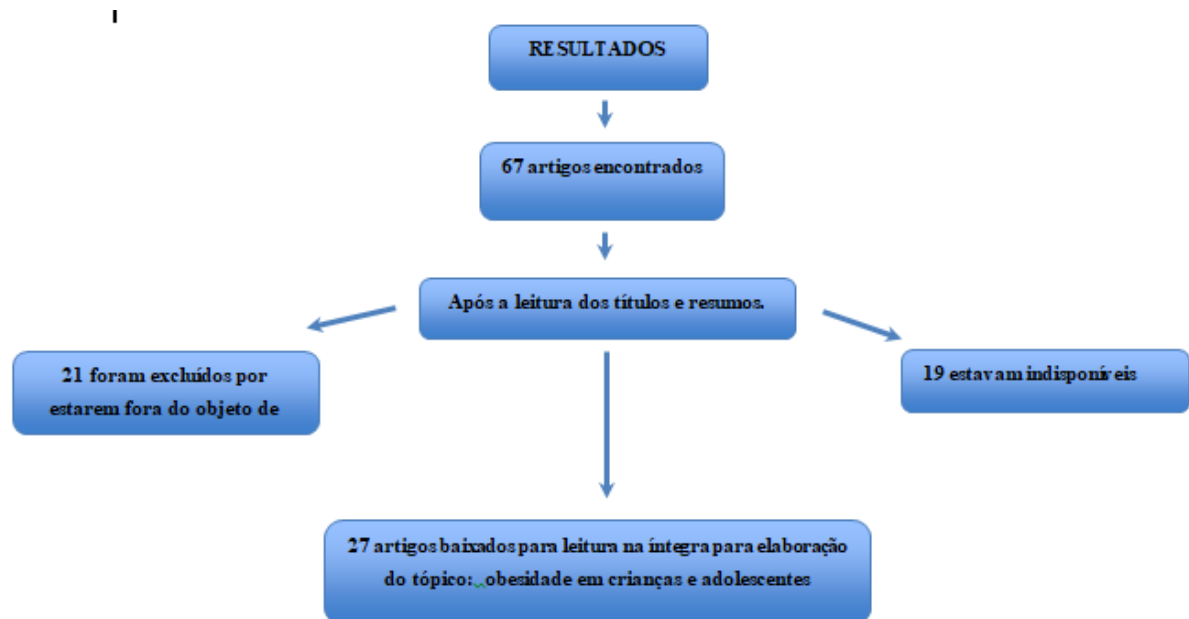
2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Obesidade em crianças e adolescentes

Para a elaboração deste tópico “Obesidade em crianças e adolescentes” foram realizados os passos apresentados a seguir:

Base de dados	Descritores (Decs)	Filtros
Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)	obesity AND child AND adolescent AND primary health care.	Artigos disponíveis na íntegra; Temas relacionados: obesidade pediátrica, atenção primária à saúde, sobrepeso, obesidade, promoção da saúde, crianças e adolescentes, pediatria, saúde pública, enfermagem, pesquisas em serviços de saúde. 2013-2018

Fonte: Elaboração pela autora, 2020.



A obesidade é uma doença crônica caracterizada pelo acúmulo positivo de gordura, tem etiologia multifatorial e é fator de risco para outras doenças crônicas (LOBSTEIN et al., 2015; YI et al., 2018). Dentre os fatores biológicos, existem mais de 400 genes isolados, os quais codificam componentes que agem na ingestão alimentar, há outros no gasto energético e outros ainda atuam nos dois mecanismos ou modulam essas ações (PINHEIRO et al., 2017).

Além dos fatores biológicos, os fatores externos estão fortemente associados ao excesso de peso, tais como: o consumo de alto teor de açúcar, gordura e sódio; o reduzido consumo de frutas e legumes; a inatividade física e o sedentarismo (REUTER et al., 2019). Esses hábitos não saudáveis têm sido observados em faixas etárias cada vez mais precoces, tornando o fenômeno relativo ao excesso de peso uma preocupação para a saúde pública, visto que quanto mais cedo o excesso de peso surgir, mais propenso o indivíduo estará de ter sua qualidade de vida comprometida.

O estudo *Global Burden of Disease*, realizado em 195 países ao longo de 25 anos, e coordenado pelo *Institute of Health Metrics and Evaluation* (IHME), analisou 68,5 milhões de pessoas, e identificou que a taxa de aumento da obesidade infantil em muitos países tem sido maior que o aumento em adultos, tendo o mundo, em 2015, um total de 107,7 milhões de crianças obesas (GBD, 2017). O estudo também informa que as maiores taxas de aumento da obesidade foram observadas em países com médio índice sociodemográfico. Entre os 20 países mais populosos, o nível mais elevado de obesidade infantil foi nos Estados Unidos e a menor prevalência foi em Bangladesh (GBD, 2017).

No Brasil, em 2009, quando foram investigados os escolares que frequentavam o 9º ano do ensino fundamental, para o conjunto dos municípios das capitais, o indicador de excesso de peso foi estimado em 23,2% (PENSE, 2015). Já a prevalência do excesso de peso para o grupo de escolares com idades de 13 a 15 anos, em 2015, foi de 25,1%. Esses dados mostram prevalência ascendente do excesso de peso nessa faixa etária entre os anos 2009 a 2015. Os dados provenientes do Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes (ERICA) apresentaram percentual de 25,5% para adolescentes, em 2016 (BLOCHI et al., 2016).

Ressalta-se que a alta prevalência do sobrepeso e da obesidade bem como das morbidades associadas podem ser reduzidas, se houver prevenção e assistência de qualidade para essa problemática (PENSE, 2015; ASKIE et al., 2019). Dessa forma, estratégias de promoção da saúde, que incluam recomendações de hábitos saudáveis dirigidas aos jovens com sobrepeso ou obesidade e seus familiares, podem alcançar bons resultados (MINOSSI et al., 2015; APA, 2020).

Adotar um estilo de vida mais saudável com redução do consumo de alimentos ricos em gordura e aumento da atividade física, pode levar à mudança na composição corporal (EDWARDSON et al., 2015; ASKIE et al., 2019). Nesse sentido, os profissionais e gestores de saúde devem estar atentos para a promoção, prevenção e o diagnóstico precoce do

sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes, objetivando minimizar as morbidades e a mortalidade associadas a essa doença.

O controle sobre hábitos alimentares em faixas etárias mais jovens ainda é dependente dos pais, tornando o tratamento ainda mais complexo, uma vez que o sucesso depende do envolvimento da família em todo o processo de reeducação (SILVEIRA et al., 2015; KEBBE et al., 2020). Resultados de uma meta-análise revelou que as intervenções que incluíam membros da família produziram efeitos maiores do que os focados apenas nas crianças (SILVEIRA et al., 2015).

Desse modo, o tratamento eficaz da obesidade em crianças e adolescentes exige que os pais reconheçam que o excesso de peso é um problema e que é necessário fazer mudanças no estilo de vida de toda a família, para melhorar o peso e a saúde desses jovens. Assim, o controle dos pais sobre os alimentos e atividades da família é fundamental, antes que os hábitos inadequados de vida se tornem mais controlados pelos jovens (RACHAEL et al., 2014; REUTER et al., 2019; KEBBE et al., 2020).

São inúmeras as consequências e morbidades associadas à obesidade; entre elas tem-se a síndrome metabólica (SM), que é uma condição clínica composta de anormalidades antropométricas, fisiológicas e bioquímicas (ANS, 2017).

Estudo de âmbito nacional, realizado no Brasil, com adolescentes de 12 a 17 anos, de escolas públicas e privadas, encontrou maior prevalência da SM em adolescentes obesos (21,3%) quando comparado aos não obesos (0,1%). No Nordeste, a prevalência de SM também foi maior nos obesos (21,7%), quando comparados aos eutróficos que foi de 0,1% (KUSCHNIR et al., 2016). Estudo realizado com adolescentes de 15 a 19 anos, de escolas públicas do município de Campina Grande, interior da Paraíba, encontrou, também, maior prevalência de SM em adolescentes com excesso de peso (16,3 %), quando comparado aos eutróficos (2,6%) (OLIVEIRA, 2016).

Outra morbidade fortemente associada à obesidade é a hipertensão arterial. Estudo que avaliou 73.399 estudantes brasileiros encontrou maior prevalência de hipertensão arterial nos obesos (28,4%) quando comparado às pessoas com sobrepeso (15,4%) ou eutróficos, (6,3%). Neste estudo, a fração de hipertensão arterial atribuível à obesidade foi de 17,8% (BLOCH et al., 2016).

Estudo realizado com 50 crianças obesas e 50 crianças não obesas identificou que a dislipidemia, caracterizada pelo aumento dos níveis de triglicérides, queda dos níveis de

HDL-colesterol e composição anormal de LDL-colesterol, foi significativamente maior em crianças obesas, quando comparada às não obesas (LOBSTEIN et al., 2017). Quanto à resistência à insulina, estudo realizado com 50 crianças obesas e 50 crianças não obesas, entre 5 e 17 anos de idade, identificou que a resistência à insulina foi significativamente maior nas crianças obesas, quando comparadas ao grupo de eutróficos (CHANDRASEKHAR et al., 2017).

As morbidades associadas à obesidade também estão relacionadas a problemas dermatológicos. Entre esses, a *acanthosis nigricans* que é um distúrbio da pigmentação da pele bastante comum, caracterizada por hiperqueratose (excesso de queratina) e hiperpigmentação (lesões de cor cinza e engrossadas, que dão um aspecto verrugoso) (NOVOTNY et al., 2016). Os problemas ortopédicos evidenciam relação com o excesso de peso. Estudo realizado com jovens entre 11 e 18 anos identificou que o grupo de obesos apresentou maiores prevalências de joelho valgo e alteração na carga do joelho, quando comparados aos jovens não obesos (MATTHEW et al., 2017).

A maioria das morbidades associadas à obesidade são consideradas fatores de risco para as doenças cardiovasculares, que têm elevado índice de mortalidade no Brasil (YI et al., 2018). Portanto, considera-se a obesidade como um potente fator de risco para desencadear comorbidades que deixam os indivíduos mais suscetíveis às doenças cardiovasculares e à mortalidade.

Compreendendo a obesidade e as suas consequências, é fundamental que a saúde pública atue enfaticamente para a redução dessa condição, uma vez que sua prevalência tem crescido de forma significativa nas últimas décadas e, em consequência, tem aumentado a prevalência de suas comorbidades, causando impactos desfavoráveis para o indivíduo, familiares e o sistema de saúde.

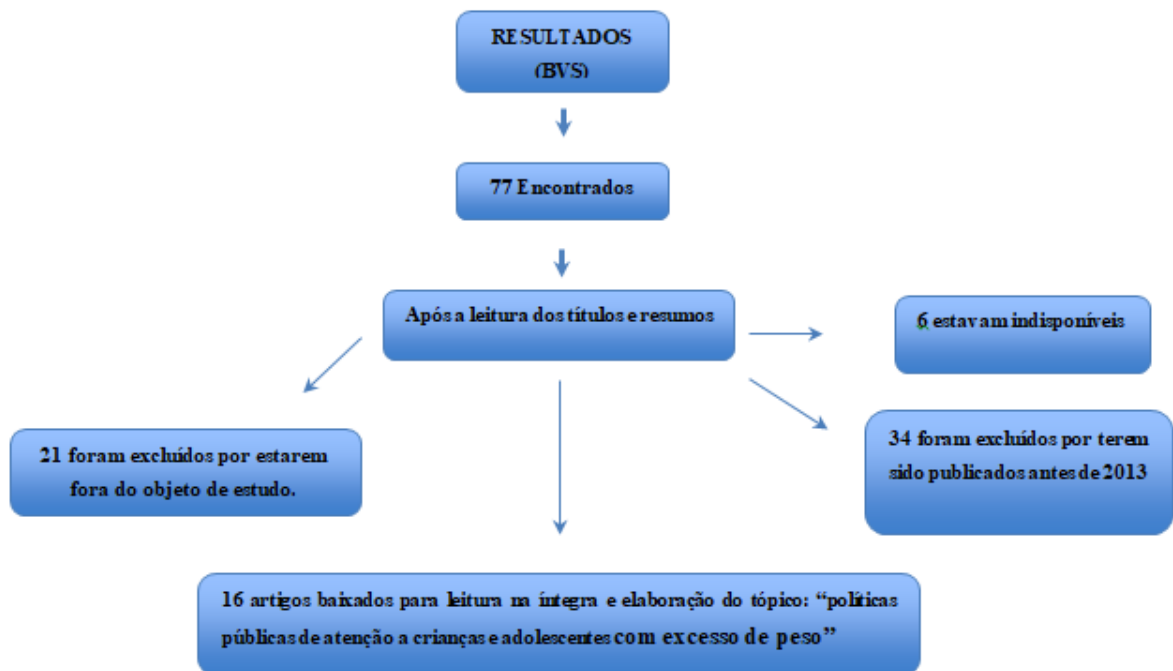
2.2 políticas públicas de atenção a crianças e adolescentes com excesso de peso

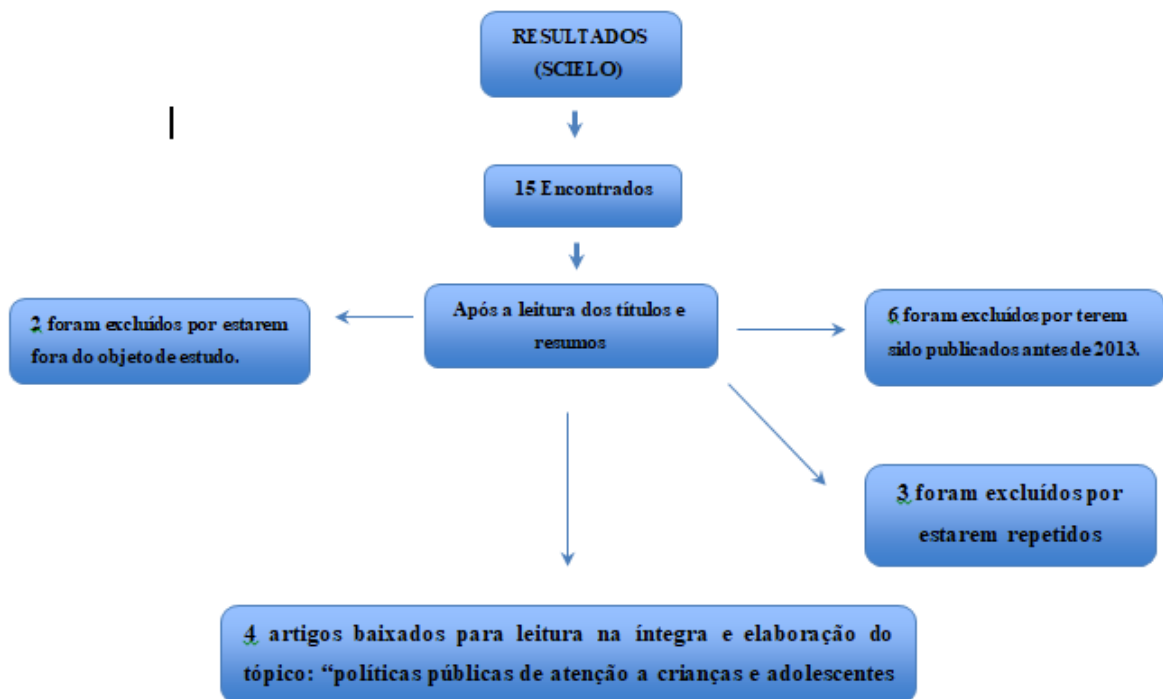
Para a elaboração do tópico “políticas públicas de atenção a crianças e adolescentes com excesso de peso” foram realizados os passos apresentados a seguir:

Base de dados	Descritores (Decs)	Filtros
Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)	health policy AND obesity AND Brazil”	Artigos disponíveis na íntegra; Temas relacionados: criança,

		adolescente, política de saúde.
SCIELO	health policy AND obesity AND Brazil	Artigos disponíveis na íntegra
LILACS	health policy AND obesity AND Brazil	Artigos disponíveis na íntegra

Fonte: Elaboração pela autora, 2020.





As políticas públicas em saúde organizam as funções públicas governamentais para promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade, por meio dos princípios da universalidade, integralidade e equidade e pelas diretrizes de descentralização e participação da comunidade, conforme a Constituição Federal promulgada em 1988 (REIS et al., 2011; RAMOS et al., 2020).

Em 1999, a Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS) possibilitou a publicação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). Esta se constitui no compromisso do Ministério da Saúde com a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos agravos nutricionais, relacionados à insegurança alimentar e nutricional (REIS, et al., 2011; BORTOLINI et al., 2020).

Essa política reconhece a natureza complexa da obesidade e não deixa dúvidas quanto à gravidade do problema representado por ela em nosso meio. Contempla seis diretrizes que estão ligadas à obesidade, sendo elas: 1) acesso universal aos alimentos; 2) segurança da qualidade dos alimentos; 3) monitoramento da situação alimentar e nutricional; 4) promoção de práticas alimentares e estilo de vida saudáveis; 5) prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição; e 6) desenvolvimento e capacitação de recursos humanos (PIMENTA et al., 2015).

Outro importante documento foi promulgado no Brasil em 2006, a Portaria Interministerial n.º 1.010, que institui as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas das redes públicas e privadas em todo o país, desde o ensino infantil ao médio. Suas diretrizes baseiam-se nas ações para adoção de um estilo de vida saudável, tais como: incentivo ao consumo de frutas e hortaliças; restrição ao comércio de alimentos com altos teores de gordura saturada, gordura trans, açúcar e sal no ambiente escolar; e estímulo à produção de hortas escolares (REIS et al., 2011; DIAS et al., 2017). Nesse mesmo ano (2006), o Ministério da Saúde (MS) publicou um Caderno de Atenção Básica específico para obesidade, que enfatizou aspectos individuais e estratégias coletivas para o enfrentamento do problema (BRASIL, 2014a).

Em 2007, o governo brasileiro lançou o Programa Saúde na Escola (PSE), por meio do decreto presidencial nº 6.286/2007. O programa tem como finalidade o desenvolvimento de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde de crianças e adolescentes de cinco a dezenove anos, no ambiente escolar. Dentre as diretrizes do PSE para o enfrentamento da obesidade, destacam-se ações de avaliação antropométrica; promoção da segurança alimentar

e nutricional; restrição da promoção comercial de alimentos ricos em açúcares, gorduras e sódio, e práticas de atividade física (DIAS et al., 2017).

O PSE vem colocando em destaque a problemática da obesidade, pois, além das ações descritas anteriormente, em 2012, promoveu a 1ª Semana de Mobilização da Saúde na Escola. O tema foi a Prevenção da Obesidade na Infância e na Adolescência, envolvendo alunos, pais e a comunidade no debate sobre obesidade (PIMENTA et al., 2015).

Outra estratégia importante para a redução da obesidade no Brasil são os Polos de Academias da Saúde, programa lançado pelo Ministério da Saúde, em abril de 2011. Este tem por objetivo contribuir para a promoção da saúde, com a ampliação de equipamentos públicos de saúde e lazer nos municípios e o fortalecimento de ações de promoção da saúde em articulação com outros programas, tais como a Estratégia de Saúde da Família, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e a Vigilância em Saúde (FREITAS et al., 2014).

Em 2012, a PNAN de 1999 foi revisada e a nova versão apresenta como propósito a melhoria da saúde da população brasileira mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis; a vigilância alimentar e nutricional; a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação; o respeito à diversidade e à cultura alimentar; o fortalecimento da autonomia dos indivíduos e a segurança alimentar e nutricional (ALVES et al., 2014).

Em 2014 foi publicada uma nova edição do Caderno de Atenção Básica que detalha a construção da linha de cuidado para a obesidade no âmbito da atenção básica, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF). O objetivo foi atender indivíduos e a família de forma integral e contínua, baseada na territorialização e no desenvolvimento de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2014a).

Iniciativas governamentais também têm se voltado para a propaganda de alimentos e sua influência nas escolhas alimentares, uma vez que vem sendo atribuída à propaganda parte da responsabilidade pelos problemas de má alimentação da população infantil. Tal situação tem gerado discussões governamentais que visam disciplinar as propagandas de alimentos, principalmente aquelas destinadas a esse público (BRASIL, 2014a).

Evidencia-se que iniciativas governamentais estão sendo tomadas, porém, a redução da obesidade não será alcançada apenas com políticas. Para tanto, faz-se necessário um esforço conjunto, mobilizando o indivíduo, a comunidade, profissionais de saúde e o governo (DIAS et al., 2017).

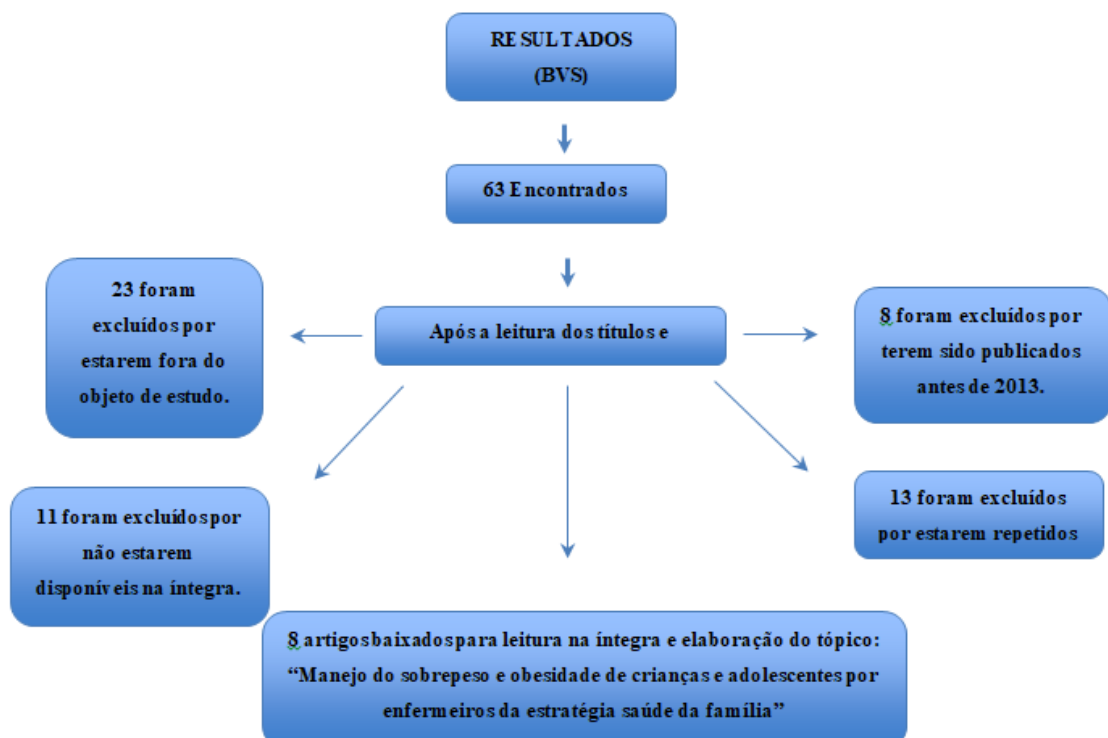
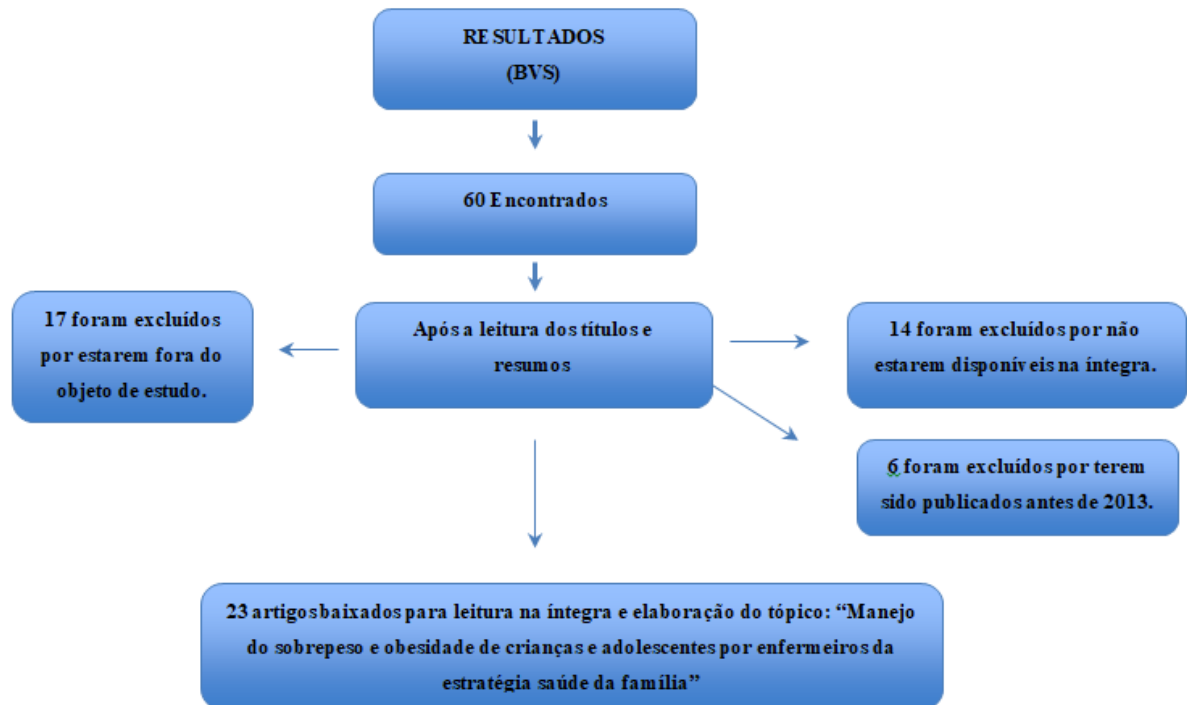
Identificar o manejo realizado por profissionais a esta morbidade, capacitar e motivar suficientemente os atores envolvidos, fornecendo conhecimento e transparência de informações quanto aos fatores de risco, diagnóstico e consequências da obesidade é fundamental para a redução da prevalência da obesidade e comorbidades associadas (FREITAS et al., 2014; WOLF et al., 2019). O enfermeiro na APS tem habilidade de comunicação e forte capacidade de construir relacionamentos com os usuários. Assim, promover, prevenir e tratar a obesidade em faixas etárias cada vez mais jovens aumenta a chance de ter, no futuro, adultos mais saudáveis e redução de gastos onerosos nos níveis secundário e terciário da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (REIS, et al., 2011; MOURA et al., 2020).

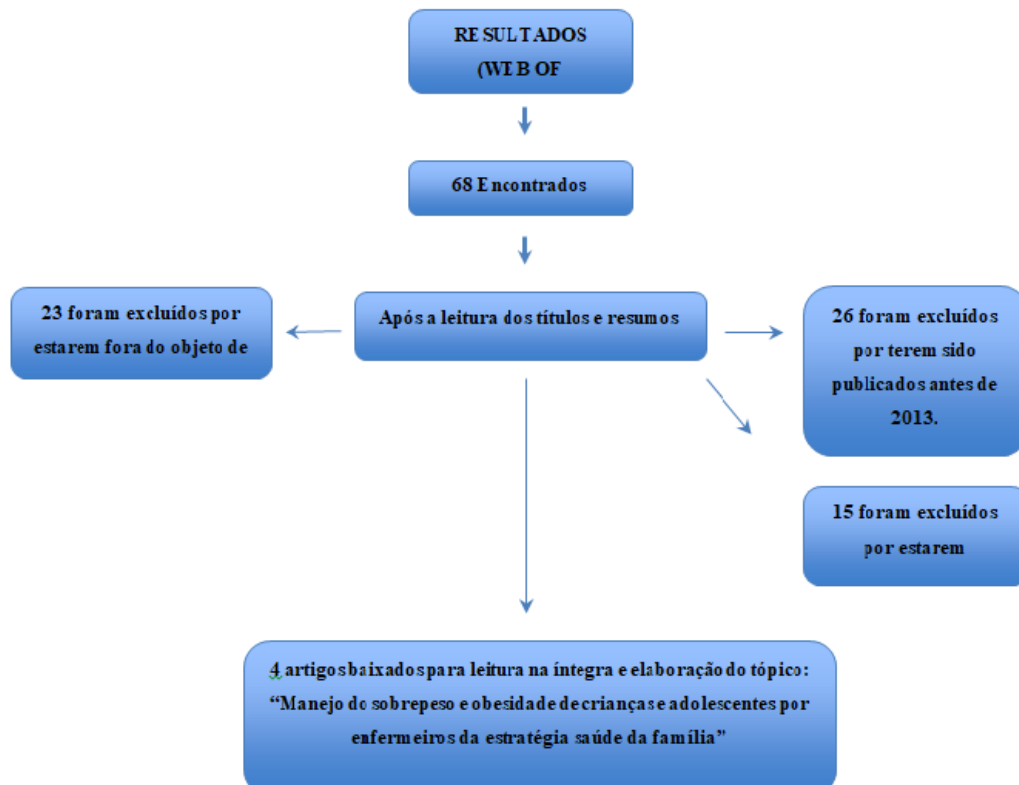
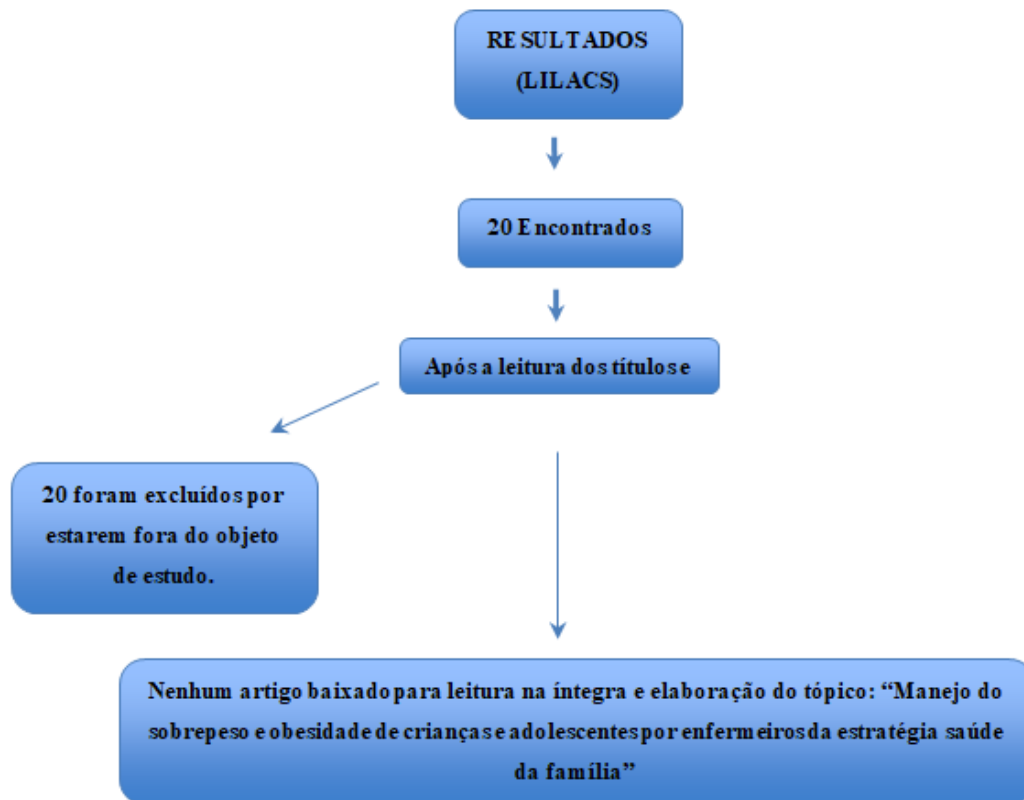
2.3 Manejo do sobrepeso e obesidade de crianças e adolescentes por enfermeiros da estratégia saúde da família

Para a elaboração do tópico “Manejo do sobrepeso e obesidade de crianças e adolescentes por enfermeiros da estratégia saúde da família” foram utilizados os descritores apresentados a seguir:

Base de dados	Descritores (Decs)	Filtros
Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)	nurse AND primary health care AND obesity AND child”	Artigos disponíveis na íntegra.
Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)	nurse AND primary health care AND obesity AND adolescent	Artigos disponíveis na íntegra.
LILACS	nurse AND primary health care AND obesity AND child	Artigos disponíveis na íntegra
WEB OF SCIENCE	nurse AND primary health care AND obesity AND child	Artigos disponíveis na íntegra

Fonte: Elaboração pela autora, 2020.





A atenção básica à saúde é considerada a porta de entrada preferencial no sistema de saúde e tem, por função, ser a ordenadora e o centro de comunicação entre os demais pontos da Rede de Atenção. Assim, é responsável pelo desenvolvimento de ações de incentivo e apoio à adoção de hábitos alimentares e à prática regular de atividade física. Esse serviço busca considerar as diversas concepções presentes na sociedade sobre alimentação, atividade física, corpo, saúde e reflexões dos fatores individuais e coletivos que influenciam as práticas em saúde e nutrição na sociedade (BRASIL, 2014^a; HILL et al., 2019).

A atenção básica de saúde é, também, um lugar que tem maior proximidade ao cotidiano de vida das pessoas e maior compreensão da dinâmica social e dos determinantes de saúde de cada território (BRASIL, 2014a), possuindo alta frequência de crianças e pais nos seus serviços (ISMA et al., 2013; BELL et al., 2014; BURLANDY et al., 2020).

Assim, esse lugar torna-se um local privilegiado para promoção, prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes. Portanto, os profissionais desse serviço devem estar aptos para identificar os casos de excesso de peso na demanda programada, espontânea, no Programa de Saúde na Escola (PSE) (SCHLOTTMANN et al., 2019) ou nas academias de saúde, para posterior estratificação de risco e organização da oferta de cuidado (BRASIL, 2014a).

Estudo de revisão trouxe orientações sobre a obesidade na atenção básica e, entre elas, destacam-se: a necessidade de qualificar os profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família, seguindo as diretrizes do SUS; aprimorar o envolvimento deles no papel do aconselhamento aos usuários sobre a importância de manter hábitos saudáveis de vida, tais como o aconselhamento nutricional em todos os ciclos da vida, para a prevenção e o tratamento da obesidade e estimular a utilização da academia da saúde para prática de atividades físicas; garantir o acolhimento adequado das pessoas com sobrepeso e obesidade; realizar a vigilância alimentar e nutricional da população adstrita com vistas à estratificação de risco para o cuidado do sobrepeso e da obesidade; realizar ações de promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e da obesidade de forma intersetorial e com participação popular, respeitando hábitos e cultura local; e melhorar a qualidade da informação nos prontuários de saúde, para permitir que haja coordenação do cuidado dentro da equipe multidisciplinar de saúde (ALMEIDA et al., 2017). Esses são cuidados mínimos e suficientes para mudanças no estilo de vida e consequente redução do excesso de peso de crianças e adolescentes (NELSON et al., 2015; LAWS et al., 2015; KOKKVOLL et al., 2015; APA, 2020).

Estudos objetivando reduzir o sobrepeso e a obesidade em crianças e adolescentes apontam alguns requisitos fundamentais para este manejo, dentre eles: avaliação da dieta, incluindo a amamentação (LAWS et al., 2015; APA, 2020); ingestão de líquidos, alimentação fora de casa, atividade física (NELSON et al., 2015); tempo despendido frente ao computador, celular ou TV, uma vez que os pais estão utilizando esses aparelhos como babás (NELSON et al., 2015; LAWS et al., 2015; APA, 2020); registro no prontuário do paciente dos objetivos e metas estabelecidos para a mudança de comportamento (NELSON et al., 2015); realização de entrevistas motivacionais, avaliação das medidas antropométricas, amostras de sangue, análise de bioimpedância e exames clínicos (KOKKVOLL et al., 2015); orientação para evitar o uso da comida como recompensa, e da pressão para as crianças finalizarem a refeição e cooperação para a autorregulação do apetite infantil (LAWS et al., 2015); avaliação das horas e qualidade do sono (GONZAGA et al., 2016); desestímulo às perdas abruptas de peso. Além disso, também deve-se considerar o estímulo à valorização de outros ganhos da criança ou adolescente durante o processo de acompanhamento para a perda de peso, tais como: a melhoria no bem-estar, no aumento da autoestima, no humor, nos resultados dos exames laboratoriais, no sono, na função intestinal, na pressão arterial e na qualidade de vida, não devendo centrar a atenção somente nos dados antropométricos, ganho ou perda de peso (BRAGA et al., 2017; APA, 2020).

Destarte, percebe-se que o cuidado à criança e ao adolescente com excesso de peso deve ser prestado pelo enfermeiro da atenção básica de acordo com as necessidades específicas de cada indivíduo e, por isso, o profissional deve ter o conhecimento para identificar os casos que necessitam ou não de encaminhamento para outros serviços da rede de atenção. Tendo esse domínio, o enfermeiro deverá realizar a referência e contrarreferência de acordo com as necessidades do indivíduo e, assim, estará ofertando maiores oportunidades de cuidado, bem como contribuindo para a organização da rede dos serviços de saúde. Portanto, o enfermeiro deve atuar de modo que a atenção básica seja ordenadora e centro de comunicação entre os demais pontos da rede de atenção, por meio dos sistemas de informação e de regulação, fóruns de discussão de casos, garantindo o cuidado integral e o apoio continuado (BRASIL, 2014^a; BRASIL, 2018).

Para nortear a assistência às crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade, os enfermeiros podem utilizar o Caderno de Atenção Básica Obesidade de nº 38 da Atenção Básica e o Manual da Sociedade Brasileira de Pediatria. O primeiro está direcionado para o

manejo da obesidade na Atenção Primária e o segundo, especificamente, para a faixa etária de crianças e adolescentes, sendo, então, instrumentos essenciais que se complementam.

Durante a consulta, o enfermeiro deve realizar, na criança e no adolescente, a antropometria, a anamnese e classificar o estado nutricional. Ademais, deve avaliar antecedentes pessoais, tais como: o alto ou baixo peso ao nascer, ganho de peso acentuado no primeiro ano de vida; uso de medicamentos (anti-histamínicos, corticosteróides e imunossupressores, psicotrópicos, entre outros); hábitos alimentares, através do recordatório de 24 horas; periodicidade e a duração das atividades físicas curriculares e extracurriculares; o tempo gasto com televisão, videogames e computadores e quais são as brincadeiras e atividades que eles preferem (SBP, 2012; SBP, 2019; COREN, 2015). Além disso, é importante que o enfermeiro saiba solicitar exames, identificar comorbidades e realizar encaminhamentos para outros profissionais ou serviços, quando necessário.

Desse modo, o enfermeiro precisa estar atento para a *acanthosis nigricans* e constipação intestinal. Também deve atentar-se para problemas ortopédicos, entre eles o joelho valgo, dor ou edema nas articulações, síndrome metabólica, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial e dislipidemias (SBP, 2012; COREN, 2015; SBP, 2019; ALBUQUERQUE et al., 2020).

Em relação à síndrome metabólica, os enfermeiros podem identificá-la por meio da avaliação de alterações lipídicas e glicêmicas, da pressão arterial e da circunferência abdominal, bem como pelo encaminhamento a outros profissionais (SBP, 2012; SBP, 2019; COREN, 2015). Sobre a pressão arterial, o enfermeiro pode encaminhar ao médico quando identificar uma criança ou um adolescente com pressão arterial sistólica e/ou diastólica elevada (SBP, 2012; SBP, 2019; COREN, 2015). Ao identificar alterações ortopédicas associadas ao excesso de peso - tais como: as queixas de dor nos pés, nos joelhos, no quadril e nos calcanhares; desequilíbrio; fadiga precoce e alteração da marcha ou joelho valgo -, o enfermeiro pode encaminhar o paciente ao ortopedista e ao fisioterapeuta (SBP, 2012; SBP, 2019; COREN, 2015). É importante, também, que o enfermeiro pesquise alterações do metabolismo da glicose, visto que o excesso de peso está associado à resistência à insulina e diabetes *mellitus* tipo II (ANUNCIAÇÃO et al., 2015).

Além de todas essas ações e encaminhamentos, o enfermeiro da APS deve continuar realizando o acompanhamento das crianças ou adolescentes para orientá-los sobre a necessidade de adesão a um estilo de vida saudável, por meio do consumo de alimentação saudável, da prática de atividade física regular, da redução do sedentarismo, do sono regular,

da realização de exames de rotina e das informações sobre as principais comorbidades associadas à obesidade. É necessário, também, que o enfermeiro verifique desvios na dinâmica familiar capazes de influenciar o comportamento alimentar e a vida ativa da criança (SBP, 2012; COREN, 2015; SBP, 2019; KOWALSKI et al., 2019; SCHLOTTMANN et al., 2019; APA, 2020).

Para as orientações sobre a alimentação, o enfermeiro deve utilizar as recomendações contidas no guia alimentar para a população brasileira (BRASIL, 2014b) que traz orientações de uma alimentação saudável de acordo com as faixas etárias. Estas são informações fundamentais para que o enfermeiro possa abordar a alimentação saudável em suas consultas individuais ou em grupos educativos.

Em relação à prática de atividade física para crianças e adolescentes, é importante que o enfermeiro realize orientações baseadas em atividades lúdicas que estimulem a atividade física no âmbito da família, creche, escola e comunidade. É importante encorajar a realização de práticas rotineiras de lazer segundo a faixa etária e a utilização de espaços públicos para a realização de atividades, além de desestimular hábitos promotores do sedentarismo, como permanência excessiva em frente à televisão, ao computador e em jogos de videogames (BRASIL, 2014b; BRASIL, 2019; KOWALSKI et al., 2019). O enfermeiro deve, também, desestimular as perdas abruptas de peso que, geralmente, não são saudáveis e que podem contribuir para a ocorrência do “efeito sanfona” (BRASIL, 2014b; APA, 2020; CRESCER SAUDÁVEL, 2018).

Destarte, o enfermeiro deve também: abordar a prevenção da obesidade em crianças e adolescentes na família, na escola e na comunidade (SBP, 2019; SCHLOTTMANN et al., 2019); contribuir na capacitação de diversos profissionais envolvidos com a criança na escola; instruir os pais sobre o controle da merenda escolar (KOWALSKI et al., 2019) e estimulá-los a reivindicar e/ou utilizar áreas de lazer e de esporte no bairro (SBP, 2012; SBP, 2019; COREN, 2015).

Em outro artigo de revisão que avaliou as produções publicadas no período de 2008 a 2013, relacionadas à obesidade na atenção básica à saúde, evidenciou-se despreparo da APS na prevenção e no controle da obesidade. Entre os seus desafios para prestar esse cuidado, foi evidenciado: carência de práticas de promoção da alimentação saudável; escassez de aconselhamento para a prática de atividade física na APS; baixa qualidade de informações nos prontuários sobre a alimentação dos usuários das UBS; falta de acompanhamento nutricional dos usuários do Bolsa-Família e; a falta de espaço físico dentro das unidades, bem como a

falta de recursos humanos, que dificultam a realização de atividades educativas para população obesa (ALMEIDA et al., 2017).

Estudos evidenciam baixo nível de conhecimento (SJUNNESTRAND et al., 2019), habilidade e motivação dos enfermeiros para identificar o excesso de peso e realizar o manejo para esta morbidade e comorbidades associadas (ISMA et al., 2013; NELSON et al., 2015). Porém, as dificuldades não estão relacionadas apenas à assistência prestada a esses jovens, mas, também, aos seus familiares e ao contexto social e econômico no qual essas crianças e adolescentes estão inseridos.

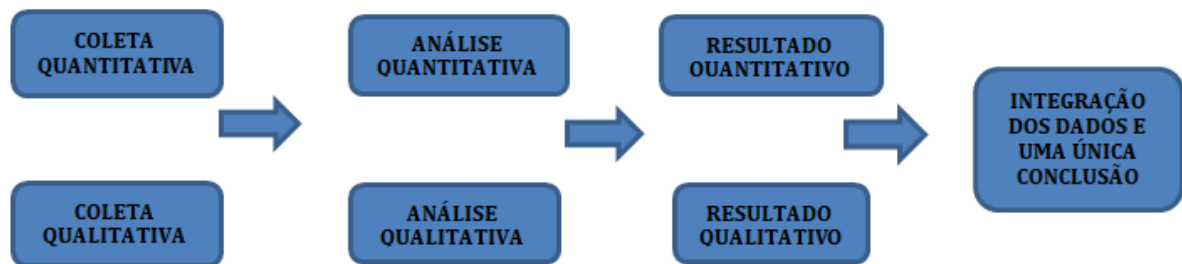
Estudo realizado com enfermeiras identificou, em seus relatos, diversas barreiras que dificultam a avaliação e o gerenciamento do excesso de peso em crianças. Entre essas barreiras, as que mais se destacaram são: o pouco tempo dos pais para se dedicarem à realização de atividade física dos filhos; os pais, muitas vezes, ficam ofendidos, defendem ou negam o excesso de peso dos seus filhos; os pais, muitas vezes, são obesos e não acreditam que estão acima do peso, não percebem o problema e não mudam a sua dieta; há restrição financeira dos pais, bem como há falta de acesso ou há recursos limitados para o exercício físico e alimentação saudável (TANDA et al., 2017; YEAGER et al., 2019). Outra dificuldade para o manejo da obesidade na atenção básica, por enfermeiros, é a meta irrealistas (KEBBE et al., 2020) que muitos indivíduos com excesso de peso têm de perder, 20% a 30% de peso, uma vez que a meta mais realista seria a perda de 5% a 15% do peso corporal inicial (FRUH, 2017).

Desse modo, os enfermeiros devem estar atentos e valorizar as dificuldades relacionadas à família, na qual o indivíduo está inserido para desenvolver um plano de cuidado para crianças e adolescentes com obesidade, em conjunto com a família e de acordo com suas possibilidades. Salienta-se que todos esses aspectos se apresentam como barreiras à redução do excesso de peso, podendo levar à subnotificação dos diagnósticos e a baixos índices de tratamento.

3 METODOLOGIA

3.1 Desenho do estudo

Estudo de métodos mistos, do tipo convergente, com delineamento transversal para o estudo quantitativo e exploratório-descritivo para o estudo qualitativo, realizado com enfermeiras da ESF da Unidade Básica de Saúde (UBS) de um município do Nordeste brasileiro. A estratégia mista no presente estudo foi desenvolvida desde a formulação da pergunta da pesquisa, o delineamento do objetivo, a coleta de dados (qualitativos e quantitativos) de forma concomitante, até a análise e discussão dos dados. No método misto do tipo convergente, é realizada a coleta e a análise dos dados qualitativos e quantitativos, priorizando ambas igualmente, em uma única fase e de forma independente. Em seguida, esses resultados são analisados separadamente e, depois, fundidos em busca das convergências, divergências ou relacionamentos entre os resultados (CRESWELL et al., 2013; CRESWELL et al., 2018).



Ao utilizar os métodos mistos, são contempladas as vantagens do método quantitativo e qualitativo. Além disso, ao utilizar os dois métodos, há uma tendência de neutralizar as desvantagens de cada um (SAMPIERI et al., 2014). Isso é possível porque os desenhos mistos apresentam uma maior variedade de perspectivas do problema, tais como a frequência, a extensão, a dimensão, a inferência - obtidas por meio do método quantitativo - e a compreensão - profundidade pelo método qualitativo (CRESWELL et al., 2013; CRESWELL et al., 2018). Portanto, há maiores vantagens, se comparados à utilização de um só método de pesquisa.

A pesquisa qualitativa preocupa-se com a realidade que não pode ser quantificada e aprofunda-se “no mundo dos significados das ações e relações humanas” (MINAYO, 2016). Essa abordagem oferece ao pesquisador a possibilidade de captar a maneira pela qual os indivíduos pensam e reagem frente às questões, trabalhando com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes dos atores, o que possibilita a compreensão dos sentimentos, atitudes e temores das pessoas, explicando suas ações diante de um problema ou situação. O seu material principal “é a palavra que expressa a fala cotidiana” (MINAYO, 2016).

Já o enfoque quantitativo pretende intencionalmente medir com precisão as variáveis do estudo, objetivando resultados que evitem possíveis erros de análise e interpretação. Assim, tem intenção de garantir a precisão dos trabalhos realizados, conduzindo a um resultado com poucas chances de distorções. A coleta de informações geralmente é realizada por meio de questionários e entrevistas quantificáveis. A análise é realizada por meio de técnicas estatísticas e os seus resultados são geralmente apresentados em tabelas e gráficos (DALFOVO et al., 2008). Assim, os dados trabalhados são numéricos.

Desse modo, no presente estudo, foi necessária a utilização desses dois métodos devido ao interesse de identificar se os enfermeiros realizavam as ações para o manejo do sobrepeso e da obesidade, por meio do estudo quantitativo e, além disso, saber como essas ações eram realizadas, por meio do estudo qualitativo com o intuito de aprofundar a compreensão do fenômeno em estudo.

3.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado em um município do Nordeste brasileiro, que apresenta uma população de 407.472 pessoas (IBGE 2018), densidade demográfica de 648,31 hab/km² (IBGE, 2010), área da unidade territorial de 593,026 km² (IBGE, 2017), PIB per capita de 19.696,95 (IBGE, 2015), índice de desenvolvimento humano de 0,720 (IBGE, 2010), taxa de mortalidade infantil média de 12,71 para 1.000 nascidos vivos (2014) e salário médio mensal de 2,2 salários mínimos em 2017 (IBGE, 2017). Estudo realizado com 512 adolescentes, entre 15 e 19 anos, do ensino médio de escolas públicas desse município, identificou prevalência de 18% de excesso de peso nesses jovens avaliados (OLIVEIRA et al., 2016).

Os serviços para os cuidados de crianças e adolescentes com excesso de peso no município em estudo devem ser ofertados pelos profissionais das UBS, do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), do Centro de Obesidade Infantil, que é um ambulatório especializado ao atendimento de crianças com obesidade, e do Hospital Universitário Alcides Carneiro.

O acesso ao SUS se inicia pelas Portas de Entrada, constituída pela atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial e as especiais de acesso aberto (Centro de Referências em Saúde do Trabalhador – CEREST e Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS) (DECRETO 7508, 2011). No

entanto, optou-se por realizar o estudo junto às EqSF das UBS, por ser a porta de entrada preferencial do SUS (PERLING et al., 2017).

Na cidade em estudo, a rede de Atenção Básica em Saúde, no ano de 2019, época da coleta de dados, possuía uma cobertura da ESF de 88% a 89,6%, com 87 UBS, em área rural, urbana e nos distritos circunvizinhos de responsabilidade desta cidade. Essas UBSs na secretaria de saúde deste município estão agrupadas no território em Distritos Sanitários (DS) com a seguinte distribuição de equipes por DS: 15 EqSF no distrito sanitário I; 12 EqSF no distrito sanitário II (sendo 03 EqSF em área rural); 15 EqSF no distrito sanitário III; 8 EqSF no distrito sanitário IV (sendo 03 EqSF em área rural); 11 EqSF no distrito sanitário V; 12 EqSF no distrito sanitário VI (sendo 03 EqSF em área rural); 06 EqSF no distrito Sanitário VII; 03 EqSF no distrito Sanitário VIII; 13 EqSF no distrito Sanitário IX; 11 EqSF no distrito Sanitário X. Em cada EqSF há um enfermeiro. Portanto, tem-se um total de 106 enfermeiros vinculados à atenção básica do município em estudo.

3.3 Período da coleta de dados, participantes do estudo e critérios de elegibilidade

A coleta foi realizada entre os meses de maio de 2019 e março de 2020 com a população de enfermeiras das EqSF das UBS do município em estudo. Na época da coleta de dados, estavam cadastradas na secretaria de saúde deste município 106 enfermeiras nas EqSF das UBS. Os critérios de inclusão foram: atuar nas EqSF das UBS urbanas, rurais e dos distritos administrativos que estavam sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde do município de Campina Grande, PB e no exercício de sua função devidamente regulamentado por um período superior a três meses. Foi considerado como perda após a quarta tentativa, sem êxito, de encontro com o profissional para a coleta de dados.

Foi selecionada por conveniência uma enfermeira por Distrito Sanitário para o elemento qualitativo, aquelas que se apresentaram mais disponíveis. Tinha-se o interesse de realizar uma entrevista por distrito, mas o encerramento da coleta foi realizado por meio do critério de suficiência, que aconteceu na sétima entrevista, quando o material já respondia ao objetivo e questões da pesquisa. Esse critério permite estabelecer a validade de um conjunto de dados (MINAYO et al., 2016). Deste modo, foram entrevistadas sete profissionais em seus ambientes de trabalho, nas UBS, com uma média de tempo de 43 minutos para cada uma delas.

Para a coleta quantitativa, das 106 enfermeiras cadastradas na secretaria de saúde do município em estudo, sete profissionais não foram incluídas, sendo uma por ter menos de três meses de trabalho na instituição, três por estarem de férias e três por estarem de licença prêmio. Houve uma perda por recusa após a quarta tentativa de contato, participando, portanto, 98 profissionais.

3.4 Instrumentos de coleta de dados

Os dados de ambos os métodos foram coletados de forma concomitante, porém, a entrevista qualitativa foi realizada antes da aplicação do instrumento quantitativo, para que os seus itens estruturados não influenciassem nas respostas dos participantes.

Para a abordagem qualitativa, foi realizada entrevista com um roteiro semiestruturado (APÊNDICE A), a partir da seguinte questão norteadora: Como você tem realizado o manejo do sobrepeso ou da obesidade em crianças e adolescentes?

Para a coleta de dados quantitativos, foi elaborado um instrumento estruturado (APÊNDICE B), visto não ter sido encontrado na literatura nenhum que avaliasse o manejo das enfermeiras da ESF acerca do sobrepeso e da obesidade em crianças e adolescentes. Esse instrumento foi construído tendo como foco as diretrizes contidas no Caderno de Atenção Básica nº 38 – Obesidade do Ministério da Saúde, o Manual da Sociedade Brasileira de Pediatria para crianças e adolescentes com obesidade, artigos nacionais e internacionais, e respeito à Lei 7498/86 do COFEN, às Resoluções nº 195/97 e à nº 271/02, e o Protocolo do Enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família do Estado da Paraíba de 2015.

Os temas abordados neste formulário contemplaram os seguintes aspectos: **materiais da UBS**, que identificou os materiais disponíveis nas UBS para a realização do manejo do sobrepeso, obesidade e suas comorbidades; **antropometria**, que consistiu na avaliação das medidas antropométricas de crianças e adolescentes realizadas pelas enfermeiras; **anamnese** que verificou as ações realizadas pelas enfermeiras em busca do histórico familiar e pessoal desses jovens relacionados a essa morbidade, bem como, as orientações para a adoção de um estilo de vida saudável; **morbidades associadas ao excesso de peso**, que avaliou o que as enfermeiras fazem para identificar as consequências da obesidade e o que esses profissionais realizam quando as encontram; **Programa de Saúde na Escola**, que investigou como está sendo a assistência realizada por esses profissionais, no ambiente escolar.

3.5 Procedimentos de coleta de dados

A entrada no campo para coleta de dados foi precedida de visita à Secretaria de Saúde para consentimento de realização da pesquisa. Posteriormente, contataram-se as enfermeiras por telefone para esclarecer acerca da pesquisa, agendar horário para ser aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e iniciar o desenvolvimento do estudo.

As coletas quantitativa e qualitativa foram realizadas pela pesquisadora principal no período pré-pandemia do coronavírus, portanto, foram presenciais nas UBSs e ocorriam quando as enfermeiras terminavam os seus turnos de trabalho ou quando tinham um momento livre entre os atendimentos.

As entrevistas qualitativas foram gravadas em mídia digital, após anuência dos entrevistados, e transcritas na íntegra para posterior análise. Os formulários quantitativos foram aplicados face a face com o entrevistado e as perguntas foram realizadas de forma imparcial às enfermeiras. Ainda no ambiente de coleta, imediatamente após a obtenção das respostas, era realizada uma análise crítica desse formulário para identificar se todas as perguntas tinham sido respondidas, caso faltasse, retomava-se a perguntar a resposta faltante. Os dados foram digitados no SPSS, versão 18.0 para posteriormente serem analisados de forma estatística.

Durante a coleta de dados, foram enfrentados obstáculos devido às paralisações das atividades laborais das enfermeiras em defesa dos seus direitos trabalhistas. Essas paralisações tinham mais adesão das enfermeiras concursadas, quando comparadas às enfermeiras contratadas. Além das paralisações laborais, quase mensais, ocorreu uma greve das enfermeiras. No entanto, as perdas do estudo foram minimizadas pelas repetidas vezes de tentativa de contato com as mesmas, em seus locais de trabalho.

Outra dificuldade vivenciada para a realização da coleta de dados foi devido à maioria dos telefones das UBS não funcionarem. Para solucionar essa problemática, realizava-se uma visita prévia à unidade de saúde para agendar com as enfermeiras o dia da coleta de dados ou aguardava esses profissionais terminarem todos os seus atendimentos para que, depois, pudessem responder à pesquisa.

3.6 Análise dos dados

Para a interpretação dos dados qualitativos, utilizou-se a análise temática indutiva, que é desenvolvida em seis etapas (BRAUN; CLARKE, 2006). Na primeira foi realizada a familiarização dos dados por meio da transcrição, leitura e releitura dos dados para levantamento de ideias iniciais. Na segunda, procedeu-se, em todo o conjunto de dados, a produção dos códigos iniciais, obtidos a partir da organização sistematizada dos dados em grupos semânticos significativos. Na terceira, realizou-se a busca por temas potenciais, por meio do agrupamento desses códigos. Na quarta fase, os temas construídos foram revisados para se ter certeza se eles estavam de acordo com os extratos codificados e o conjunto de dados. Na quinta, executou-se uma nova análise de refinamento para nomear os temas. E, na sexta e última fase, elaborou-se o relatório que está apresentado na seção de resultados deste trabalho. Porém, é importante ressaltar que essas etapas não são rígidas, são flexíveis e permitiram um movimento para frente e para trás pelo conjunto de dados, pelos extratos codificados e pela análise que estava sendo produzida, conforme foi necessário ao longo das fases.

Para o estudo quantitativo, foi utilizado o SPSS, versão 18.0. Realizou-se análise descritiva de todas as variáveis por meio da frequência absoluta e relativa, medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão). Para o instrumento, foi realizado o teste Alfa de Cronbach, que demonstrou confiabilidade satisfatória (Tabela 1).

O valor do teste Alfa de Cronbach realizado para verificar a confiabilidade do instrumento elaborado pelos pesquisadores do presente estudo foi de 0,706. Isso mostra que o instrumento de pesquisa quantitativo é aceitável, visto que os valores ideais desse teste estão entre 0,7 e 0,8 (CORTENA, 1993). O resultado do teste realizado por dimensão do instrumento está apresentado na tabela 1, abaixo.

Tabela 1 - Valores do teste de Alfa de Cronbach referentes às dimensões do manejo do sobrepeso e obesidade de crianças e adolescentes, realizados por enfermeiras da Estratégia Saúde da Família.

Ações da enfermeira	Cronbach's Alpha Based on Standardized items
Materiais da UBS e Antropometria	0,605

Anamnese	0,742
Morbidades	0, 747
PSE	0,730
Total	0,706

Após análise quantitativa e qualitativa dos dados de forma independente e seguindo todo o rigor metodológico específico para cada um dos elementos, foi realizada a integração dos dados por meio da triangulação, que possibilitou evidenciar convergências e divergências entre esses resultados, e uma única conclusão (CRESWELL et al., 2013; CRESWELL et al., 2018). Os dados triangulados foram apresentados em um *joint display* na seção de resultados. Optou-se pelo uso do termo “enfermeira(s)” nos resultados do presente estudo porque somente dois participantes eram do sexo masculino.

3.7 Considerações éticas

Este estudo foi desenvolvido em conformidade com a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde e seus complementares, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com o parecer de nº 4.174.864 e CAAE 10627619.9.0000.5188. Todos os participantes da pesquisa tiveram a oportunidade de realizar a leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C e D), assim como tiveram a liberdade de não participar do estudo ou de desistir a qualquer momento. Ademais, foi garantida a privacidade, a confidencialidade e o anonimato de suas informações.

4. RESULTADOS

4.1 Resultados qualitativos

Os sete profissionais que participaram da etapa qualitativa deste estudo foram caracterizados, conforme apresentado no quadro 1, abaixo.

Quadro 1: Caracterização das enfermeiras quanto ao sexo, idade, tempo de serviço na Atenção Básica e formação, Campina Grande-PB, Brasil, 2020.

Enfermeiras	Sexo	Idade	Tempo de serviço na Atenção Básica	Formação
ENF1	F	49 anos	10	ESP
ENF2	F	39 anos	12	ME
ENF3	F	38 anos	12	ME
ENF4	F	40 anos	13	ESP
ENF5	F	57 anos	30	ESP
ENF6	F	54 anos	17	ESP
ENF7	F	40 anos	14	ESP

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020.

ESP=Especialização; ME=Mestrado.

Mediante análise temática indutiva do conjunto de dados, foram construídos dois temas: “Público-alvo das enfermeiras para o manejo do sobrepeso ou obesidade em crianças e adolescentes” e “Manejo do sobrepeso ou obesidade em crianças e adolescentes realizado por enfermeiras da ESF”.

4.1.1 Enfermeiras não atendem com frequência as crianças maiores de dois anos

Contudo, o manejo do sobrepeso ou da obesidade realizado por enfermeiras da ESF tem predominância nos atendimentos de crianças com até dois anos de idade inseridas na puericultura.

O acompanhamento é o da puericultura [...] a gente faz antropometria, o cálculo do IMC, que é automático no prontuário eletrônico do paciente PEC, e, se for necessário, encaminha, pede os exames anuais. Não existe outra forma (E2).

Adolescentes vão mais para a médica, mas as crianças que eu pego na puericultura já têm sobrepeso e têm umas que são obesas também, [...] aí eu vou ver se o peso permaneceu ou se aumentou. Se estiver aumentado (o

peso), eu sempre converso (E4).

[...] principalmente nas crianças menores de dois anos que são as que fazem a consulta de puericultura com mais frequência, que são mais fáceis de detectar (sobrepeso ou obesidade). Porque a gente avalia através da curva de crescimento da caderneta da criança. Os adolescentes já são mais difíceis de vir à unidade.

As enfermeiras explicitaram não atenderem crianças maiores de dois anos e adolescentes por diversos motivos:

- a) crianças maiores de dois anos e adolescentes só procuram a UBS quando estão com algum problema de saúde ou para pedir exames, e, nesses casos, solicitam ser atendidos pela médica;

Essas crianças de quatro, seis anos vêm quando estão doentes de outras coisas, [...] vem com outras queixas: está com diarreia ou está gripado [...]. As mães, depois de dois anos, elas não vêm, elas só vêm com queixa e vem para a médica (E4).

Eles (adolescentes) não têm muito o hábito de vir para uma consulta sem ter uma causa específica. Vem mais porque estão doentes. [...] Como a minha médica é pediatra, aí acaba vindo mais para ela (E7).

- b) adolescentes vão para as UBS em busca do atendimento para o planejamento familiar;

O público de adolescentes que eu atendo, quando vêm, são relacionados ao planejamento familiar. [...] Mas especificamente para vir para mim por conta de sobrepeso, muito difícil. No momento não tem nenhum (E1).

- c) As mães de crianças e adolescentes ainda não percebem a necessidade de buscar a UBS para cuidar do excesso de peso dos filhos;

Elas não vêm quando a criança está gorda porque elas acham lindo quando a criança está gorda, acham perfeito (E1).

Para ele vir (adolescente) procurar uma unidade porque está gordo, nem ele nem as mães vêm, acham que é normal, quando crescer acha que emagrece [...] quando tiver o estirão elas vão emagrecer na puberdade (E4).

- d) As enfermeiras não têm o hábito de marcar horário para atender crianças maiores de dois anos e adolescentes;

Não sei, eu acho que é hábito mesmo de a gente não marcar. [...] No meu agendamento eu não tenho um dia específico para adolescente, não (E3).

- e) As enfermeiras priorizam outras ações no seu cotidiano assistencial na UBS;

Eu acho que, na verdade, até uma falta de programação da gente mesmo. Ou talvez a gente se envolve em outras coisas e deixa essa parte de lado (E6).

4.1.2 Fragilidades no manejo do sobrepeso ou obesidade em crianças e adolescentes

realizadas por enfermeiras da ESF.

As enfermeiras apresentam fragilidades no conhecimento e na prática para a realização do manejo do sobrepeso ou da obesidade de crianças e adolescentes.

Na UBS, a antropometria de crianças e adolescentes tem sido realizada pelos técnicos de enfermagem, que registram as informações no sistema informatizado de atendimentos denominado de Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC).

Ela (técnica de enfermagem) pesa, avalia o perímetro cefálico, a estatura da criança e registra no sistema (E3).

Quem faz a antropometria são as técnicas (E4).

Se a médica vai atender e o técnico de enfermagem não está, eu faço a antropometria (E6).

É pesado e medido pela técnica. No dia que ela não está, aí eu peso (E7).

A antropometria é limitada à aferição da altura, do peso e do cálculo do índice de massa corporal (IMC), não atendendo ao mínimo exigido nas diretrizes do manejo do sobrepeso e obesidade.

A gente só faz o mínimo, que é o peso, a altura e o índice de massa corporal, só isso mesmo (E2).

As enfermeiras recebem o PEC já preenchido com os dados da antropometria realizada pelos técnicos de enfermagem, e esse sistema faz o cálculo do IMC. A partir dos dados do sistema, elas registram na caderneta de saúde da criança.

O próprio sistema já calcula o IMC e aí eu já recebo todo prontinho. [...] Quando ela (a técnica) insere os dados lá, o próprio programa calcula. [...] Aí, a gente já vai para a caderneta (E3).

Quando a gente coloca hoje no prontuário eletrônico, de imediato ele já calcula o IMC (E6).

Após o registro na caderneta, as enfermeiras avaliam o IMC, a partir do gráfico, levando em consideração a idade da criança e, quando necessário, fazem orientações à mãe da criança.

De acordo com a curva (do gráfico da caderneta). Com o peso calcula o IMC e vê na curva se ela (criança) está dentro da curva normal (E1).

Através da caderneta eu oriento, mostro à mãe. [...] Explico se essa criança está com o peso adequado, acima ou abaixo. E quando essa criança está acima do peso, eu vou conversar, fazer as orientações a esta mãe. [...] Tudo através da caderneta, porque a mãe visualiza melhor (E3).

Entretanto, tendo em vista que o prontuário eletrônico fornece o IMC após inserção do

peso e altura da criança, algumas enfermeiras avaliam somente esse resultado, sem considerar o gráfico da caderneta de acordo com a idade e sexo.

Na hora que eu abro aqui o PEC, como ela (técnica) já colocou as medidas, então, ele (IMC) já fica aqui para mim como é que está. Aí, aqui hoje eu faço menos pelo gráfico e faço mais realmente só pelo IMC (E7).

A circunferência abdominal é um dado importante para avaliação do sobrepeso e da obesidade em crianças e adolescentes. Neste estudo, evidenciou-se que as enfermeiras não verificam nem avaliam esse dado.

A circunferência (abdominal) a gente só faz de hipertenso (adulto). E, se por acaso for realmente um adolescente ou uma criança obesa, eu não sei se a médica pede, eu não (peço). [...] Geralmente é só peso e altura (E7).

Além dos dados de aferição, as orientações fazem parte do protocolo de seguimento dessas crianças. Dentre elas, aquelas relacionadas à atividade física. Todavia, essas orientações têm sido básicas e focadas em crianças maiores.

A gente pede para fazer uma atividade física, mas assim: tudo muito básico e de acordo com o perfil da família (E1).

Não faço orientações para a criança fazer natação isso e aquilo outro. Geralmente eu não faço esse tipo de orientação não. Se for uma criancinha maior, aí sim, [...] a criancinha maior já pode praticar alguma atividade física (E3).

Essas orientações (atividade física) são mais para o adolescente. Para a criança, honestamente eu nunca, nunca orientei com relação a isso nenhuma criança não, a atividade física não. Só mais o adolescente (E7).

Com uma concepção e divisão de tarefas entre categorias profissionais, as enfermeiras acreditam que orientações acerca da atividade física são responsabilidade do educador físico, eximindo-se dessa responsabilidade.

Quem deveria fazer isso (orientações de atividade física) era o educador físico, a enfermeira não faz isso (risos). A gente não tem esse tipo de treinamento e de orientação na atenção básica (E2).

Em relação à solicitação de exames, limitam-se àqueles de rotina da puericultura, incluindo os exames de fezes e urina, não sendo exames específicos para avaliação de possíveis complicações relacionadas ao excesso de peso.

Os (exames) de puericultura mesmo: o hemograma completo, o colesterol, triglicerídeos, é... glicemia, sumário de urina e parasitológico de fezes, que é o protocolo da puericultura (E2).

Solicito hemograma, colesterol, triglicerídeos, sumário de urina, parasitológico de fezes (E4).

As enfermeiras compreendem que a criança magra não tem problemas metabólicos e, por isso, só solicitam exames de crianças com excesso de peso.

Olhe, a gente sabe mais ou menos o que acontece nessa faixa, então, eu não preciso estar maltratando a criança [...] eu só peço (exames) quando eu percebo que excedeu (o peso). [...] Fora isso, nós vamos para a parte da educação e entendendo que tem gente que nasceu gordinha, que tem uma estrutura física (E5).

As limitações do sistema de regulação também são justificativas para não solicitar exames de crianças acima do peso.

Quem solicita os exames é a médica, como a gente sabe que existe hoje uma central de regulação, existem uns critérios, eu fico temerosa, às vezes, em solicitar alguns exames e quando você colocar na regulação ser glosado porque foi solicitado pela enfermeira (E6).

Crianças com sobrepeso ou obesidade podem desenvolver comorbidades decorrentes do excesso de peso, tais como o diabetes tipo II e alterações no sistema cardiovascular. Porém, quando questionadas acerca de comorbidades, as enfermeiras só associaram ao excesso de peso problemas como a hipertensão arterial e o fator de risco à alteração de lipídios.

Diabetes infantil, geralmente a criança já nasce com diabetes. [...] Há casos de diabetes tipo II em pessoas com 25 anos (E2).

Só alterações de lipídeos, pressão alta [...] Não tem outra comorbidade não. Geralmente crianças cardiopatas tem caso genético, são com relações a alterações genéticas. É difícil mesmo, crianças obesas não têm alterações a não ser de lipídeos (E2).

No adulto as morbidades mais associadas são a diabetes e a hipertensão, mas com relação à criança eu juro a você que eu não me lembro de ter tido nenhum caso. Tenho criança com sobrepeso, mas que ainda não estão associadas a uma comorbidade (E5).

Em nenhum momento a gente encontrou uma criança que estivesse com diabetes ou hipertensão, que estivesse com alguma outra doença (E6).

As enfermeiras acreditam que as morbidades associadas ao excesso de peso não são de responsabilidade dos cuidados de enfermagem, mas sim, uma conduta para o profissional médico. Mais uma vez, transformam o processo de trabalho que deveria ser compartilhado em parcelar, fragmentando as ações por categoria profissional.

A partir do momento que tiver alguma comorbidade aí também já não é uma questão minha [...]. As outras partes é a questão da conduta médica. Eu também não vou muito além do que é meu. Eu me restrinjo ao que é da parte da enfermagem (E6).

As UBS não fornecem aparelhos adequados para a verificação da pressão arterial de crianças e adolescentes. Assim, as enfermeiras justificam não terem condições de aferir a pressão nesta faixa etária. A exceção é o adolescente quando o tamanho do braço se adequa ao tamanho do manguito de adulto.

Em criança a gente não afere porque nós não temos o aparelho. Só quando chega um adolescente, que já tem uma estatura que a gente possa usar o de adulto, mas de criança não afere (E1).

Só quando está o (aparelho) digital, o digital dá certo. Mas aqui não tem o tensiômetro de criança pequeninha não (E4).

Não porque a gente não tem aparelho. [...] Quando é um adolescentão já grandão, aí eu posso até tentar (E5).

As enfermeiras explicitam alguns parâmetros para avaliação da pressão arterial na população infantojuvenil, contudo, não seguem aqueles recomendados pela Sociedade Brasileira de Pediatria e pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBP, 2019; ARQ BRAS CARD, 2016).

A partir de dez por sete em criança eu já suspeito (E2)

Não, um adulto acima de quatorze por nove já está alterada. Mas, uma criança acima de doze por oito, treze por nove por aí, já está em sinal de alerta também (E4).

Bem, (risos). A pressão mesmo, os valores pressóricos para o adulto eu sei, para a criança eu sei que ela tem que está com uma pressão bem abaixo de doze por oito pela questão da idade. Se ela tiver acima disso, alterada, honestamente eu já mando para a médica. Agora eu hoje não sei lhe responder se para adolescente tem alguma diferença do valor pressórico do adulto para o adolescente (E7).

Ao identificar o excesso de peso na criança, algumas enfermeiras fazem orientações básicas de alimentação e encaminham para o nutricionista. Porém, outras realizam o encaminhamento sem aconselhamento nutricional, passando a responsabilização para o nutricionista.

Se ela é uma criança um pouquinho acima (do peso) [...] a gente vai tentar encaminhar para um nutricionista. Como nem sempre é fácil, a gente encaminha para a médica ou então para um pediatra (E1).

Crianças que são identificadas com obesidade, encaminho para o nutricionista. [...] Eu passo o plano alimentar para o nutricionista, porque não é minha competência (E3).

Quando realizam orientações alimentares para crianças com obesidade, consideram as condições financeiras das famílias buscando melhor adesão às recomendações.

Vai depender do perfil da família que eu vou atender. Se for uma família carente eu não vou poder indicar certos alimentos. A gente tenta orientar de acordo com o que a gente sabe que ele tem condição de fazer (E2).

Pergunto a fruta que ela tem mais acessibilidade. Uma banana; uma goiaba quando (a criança) está maiorzinha; manga; o mamão e a melancia, quando são os primeiros meses de vida. As frutas mais em conta, porque, às vezes, eles não têm dinheiro para comprar maçã, pera, ameixa. [...] Eu procuro adequar às condições financeiras delas (E4).

Oriento usar as frutas da época. Às vezes a gente conversa e eu digo: vamos

ver quais são as frutas que estão mais baratas. (E6).

Dentre os cuidados com alimentação, orienta-se trocar alimentos mais processados e/ou calóricos por alimentos mais naturais e/ou menos calóricos, incentivando uma alimentação mais saudável.

A gente tenta sensibilizar a família, a mãe que geralmente é a pessoa que vem, sobre a necessidade de trocar os alimentos que não são saudáveis por uma alimentação mais saudável. Principalmente os que são ricos em açúcar e massas. A gente orienta para o consumo de frutas, verduras, tubérculos, leguminosas. O inhame, a macaxeira, acompanhados de uma proteína. Pergunto: ele geralmente jantava o que? Geralmente janta pão, sanduíche com queijo e presunto. Então, vamos trocar o pão. Vamos colocar o tubérculo que é rico em fibras. Então, as trocas são com relação a isso. A criança come o que? Pipoca, iogurte? Iogurte é a primeira coisa que elas dão. Ah, então vamos trocar porque iogurte só tem açúcar e corante, então, vamos trocar pela fruta (E7).

Quando realizam encaminhamento para o nutricionista, em geral, não acompanham o itinerário e o desfecho terapêutico da criança ou do adolescente com excesso de peso, tampouco, há diálogo da enfermeira com os profissionais que receberam o encaminhamento.

Como eu tenho a nutricionista aqui, eu dou a orientação básica e encaminho para ela, não fico com o planejamento alimentar para a criança obesa não. Eu passo o plano alimentar para o nutricionista, porque não é minha competência (E2).

Depois que eu enviei para ela (nutricionista), não volta [...] só se for uma criança de puericultura, aí realmente ela vai voltar posteriormente para as consultas subsequentes (E3).

Não, honestamente não (tem feedback da nutricionista) é por questão de tempo mesmo. [...] o período que ela está aqui geralmente eu estou atendendo e ela também. [...] é uma coisa que deve existir (E7).

4.2 Resultados quantitativos

As enfermeiras são predominantemente do sexo feminino (n=94; 95,9%), com média de idade de 43,46 anos (desvio-padrão (DP)=9,24), sendo a mínima de 25 e a máxima de 65 anos. Desses profissionais, 83,7% têm especialização (n=82), 15,3% têm mestrado (n=15) e 1% (n=1) têm doutorado.

Em relação aos materiais para o manejo do sobrepeso e obesidade nas UBS, 96,6% têm balança (n=95), 67,3% possuem estadiômetro (n=66), 79,6%, caderneta de saúde da criança (n=78) e 62,2%, curvas de percentil (n=61). São poucas as UBS que possuem calculadora (n=29; 29,6%), caderneta do adolescente (n=50; 51%) e 59,8% das enfermeiras

afirmaram ter apenas o aparelho de aferir pressão arterial para adulto em sua UBS (n=58) (Tabela 1).

Tabela 1 - Unidades Básicas de Saúde que possuem matérias para o manejo do sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes (n=98), Campina Grande/PB Brasil, 2019-2020.

Variáveis	Sim	Não	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Balança	95 (96,9)	3 (3,1)	98 (100,0)
Calculadora	29 (29,6)	69 (70,4)	98 (100,0)
Estadiômetro	66 (67,3)	32 (32,7)	98 (100,0)
Caderneta da criança	78 (79,6)	20 (20,4)	98 (100,0)
Caderneta do adolescente	50 (51)	48 (49)	98 (100,0)
Curvas de percentil	37 (37,8)	61 (62,2)	98 (100,0)

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020.

Apenas 25,6% (n=25) das enfermeiras sempre coletam os dados antropométricos, sendo os técnicos de enfermagem, os profissionais que mais realizam essa coleta (n=71; 83,5%). Porém, a maioria das enfermeiras utilizam esses dados coletados para avaliação antropométrica das crianças (n=78; 79,6%), construção das curvas de IMC por idade (n=81; 82,7%) e para o registro na caderneta da criança (n=86; 87,8%) (Tabela 2).

Em relação aos adolescentes, o percentual de enfermeiros que sempre realizam a avaliação antropométrica é ainda menor (n=9; 10,8%), assim como, a utilização das curvas de IMC por idade (n= 4; 4,8%) e o registro na caderneta do adolescente (n=1; 1,2%) (Tabela 2).

Foi identificado, também, que apenas 22,4% (n=22) sempre realizam a medição da circunferência abdominal de crianças e adolescentes (n=76; 77,6%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Realização e avaliação antropométrica, de crianças e adolescentes, por enfermeiras da Estratégia Saúde da Família (n= 98), Campina Grande/PB Brasil, 2019-2020.

Variáveis	Nunca	Raramente	Às vezes	Sempre	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Coleta antropométrica	15(15,3)	12(12,2)	46(46,9)	25(25,6)	98(100,0)

Avaliação antropométrica da criança	7 (7,1)	3 (3,1)	10 (10,2)	78 (79,6)	98 (100,0)
Utilização das curvas na caderneta da criança	8(8,2)	1(1,0)	8(8,2)	81(82,7)	98(100,0)
Registro na caderneta da criança	8(8,2)	3(3,1)	1(1,0)	86(87,8)	98(100,0)
Avaliação antropométrica do adolescente	35 (42,2)	24 (28,9)	15 (18,1)	9 (10,8)	83 (100,0)
Utilização das curvas na caderneta do adolescente	53(63,9)	17(20,5)	9(10,8)	4(4,8)	83(100,0)
Registro na caderneta do adolescente	53 (63,9)	20(24,1)	9(10,8)	1(1,2)	83 (100,0)
Avaliação da circunferência abdominal	48 (49,0)	9(9,2)	19(19,4)	22(22,4)	98(100,0)

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020. * Três variáveis ficaram com (n=83) porque 15 enfermeiros não responderam ao item.

No tocante à anamnese, há uma maior prevalência de enfermeiras que não realizam a avaliação alimentar utilizando a ficha do SISVAN do Ministério da Saúde (n=72; 73,5%), que está contida no PEC (Tabela 3).

Para a criança com excesso de peso, mais da metade das enfermeiras afirmaram realizar orientações acerca da atividade física (n=57; 58,2%) e alimentação saudável (n=83; 85,6%); avaliação do histórico familiar de doenças cardiovasculares (n=69; 70,4%), solicitação de exames (n=53; 54,6%); encaminhamentos para outros profissionais ou outro setor de assistência (n=84; 86,6%); e, 86,6% (n=84) não realizam ações educativas em grupos sobre alimentação saudável e atividade física (Tabela 3).

Tabela 3 - Ações realizadas na consulta de crianças e adolescentes diagnosticados com excesso de peso, por enfermeiras da Estratégia Saúde da Família (n=98), Campina Grande/PB Brasil, 2019-2020.

VARIÁVEIS	SIM	NÃO	TOTAL
	n (%)	n (%)	n (%)

Avaliação alimentar (Ficha do SISVAN)	26 (26,5)	72 (73,5)	98 (100,0)
Orientações sobre atividade física	57 (58,2)	41 (41,8)	98 (100,0)
Avaliação do histórico familiar de doenças cardiovasculares	69 (70,4)	29 (29,6)	98 (100,0)
Orientações sobre alimentação	83 (85,6)	14 (14,4)	97 (100,0)
Realização de grupos educativos	13 (13,4)	84 (86,6)	
Solicitação exames	53 (54,6)	44 (45,4)	97 (100,0)
Encaminhamento para outros profissionais ou outro setor de assistência	84 (86,6)	13 (13,4)	97 (100,0)

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020.

Apenas 24,7% (n=24) das enfermeiras sempre avaliam a pressão arterial e menos da metade avaliam a dislipidemia (n=43; 44,3%), mas, a maioria avalia a glicemia (n= 56; 57,7%) (Tabela 4).

Tabela 4 - Avaliação dos riscos cardiovasculares de crianças e adolescentes diagnosticados com excesso de peso, por enfermeiras da Estratégia Saúde da Família (n=97), Campina Grande/PB Brasil, 2019-2020.

Variáveis	Nunca	Raramente	Às vezes	Sempre	Total
Pressão arterial	52 (53,6)	9 (9,3)	12 (12,4)	24 (24,7)	97 (100,0)
Dislipidemia	28 (28,9)	11 (11,3)	15 (15,5)	43 (44,3)	97 (100,0)
Glicemia	14 (14,4)	9 (9,3)	18 (18,6)	56 (57,7)	97 (100,0)

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020.

Sobre o Programa Saúde na Escola (PSE) e as ações desenvolvidas pelas enfermeiras nesse ambiente, 74,5% (n=73) afirmaram realizarem ações para crianças e adolescentes; menos da metade realiza a antropometria e anamnese (n=48; 49,0%); a maioria não avalia a pressão arterial (n=85; 86,7%) e não solicita exames para avaliação da glicemia (n=74; 75,5%) e da dislipidemia (n=78; 79,6%). Porém, 67,3% (n=66) realizam ações educativas sobre alimentação saudável e atividade física e 60,2% (n=59) informaram abordarem outros temas que não são relacionados à redução do excesso de peso (Tabela 5).

Tabela 5 - Ações realizadas no Programa Saúde na Escola (PSE), para crianças e adolescentes, por enfermeiras da Estratégia Saúde da Família (n=98), Campina Grande/PB Brasil, 2019-2020.

VARIÁVEL	SIM	NÃO	TOTAL
	n (%)	n (%)	n (%)
Realização do PSE	73 (74,5)	22 (22,4)	98 (100,0)
Antropometria e anamnese no PSE	48 (49,0)	50 (51,0)	98 (100,0)
Ações educativas sobre alimentação saudável e atividade física no PSE	66 (67,3)	32 (32,7)	98 (100,0)
Avaliação da pressão em crianças e adolescentes no PSE	13 (13,3)	85 (86,7)	98 (100,0)
Avaliação da glicemia no PSE	24 (24,5)	74 (75,5)	98 (100,0)
Avaliação da dislipidemia no PSE	20 (20,4)	78 (79,6)	98 (100,0)
Aborda outros temas no PSE	59 (60,2)	39 (39,8)	98 (100,0)

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020.

4.3 INTEGRAÇÃO DOS DADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS

4.3.1 Manejo do sobrepeso ou obesidade em crianças e adolescentes

O manejo do sobrepeso e da obesidade em crianças e adolescentes realizado por enfermeiras da ESF apresenta-se comprometido devido à avaliação antropométrica, à anamnese, à solicitação de exames e às orientações não serem realizadas como preconiza o Caderno de Atenção Básica-obesidade e o Manual da Sociedade Brasileira de Pediatria, que são as principais referências propositoras desse cuidado no Brasil. Além disso, os enfermeiros não agendam atendimento para as crianças maiores de dois anos e nem para os adolescentes, o que dificulta ainda mais a promoção, a prevenção e o tratamento dessa morbidade, nessa faixa etária. Fatores externos à conduta do enfermeiro também dificultam esse manejo.

Em relação à antropometria, os resultados quantitativos e qualitativos convergiram e sinalizam que as enfermeiras não realizam a antropometria, sendo os técnicos de enfermagem os responsáveis por esta ação. Além desses achados, o estudo qualitativo pôde ir além e identificar que as ações realizadas nessa antropometria são apenas a aferição da altura e do peso, e que o IMC é calculado pelo PEC. Esses dados coletados pelos técnicos de enfermagem são utilizados pelas enfermeiras para avaliação do excesso de peso e registro na caderneta da criança. Algumas enfermeiras consideram o IMC da criança de acordo com o sexo e a idade, porém, há enfermeiras que estão considerando apenas o IMC fornecido pelo PEC.

Os resultados mistos evidenciaram convergências, também, quanto à não verificação e avaliação da circunferência abdominal e da pressão arterial de crianças e adolescentes. O motivo pelo qual as enfermeiras afirmam não verificarem a pressão é devido à ausência de aparelho para essa faixa etária. No entanto, estudo qualitativo identificou que, mesmo tendo este aparelho, as enfermeiras não saberiam avaliar essa pressão para essa faixa etária, visto que não utilizam os parâmetros dos percentis para avaliação da pressão arterial preconizados para crianças e adolescentes (SBP, 2019; ARQ BRAS CARD, 2016).

Quanto aos exames, os resultados quantitativos e qualitativos convergiram, evidenciando que há enfermeiras que solicitam exames para crianças diagnosticadas com excesso de peso. Porém, apenas o estudo qualitativo pôde identificar que as enfermeiras que solicitam exames não direcionam os usuários para a avaliação de possíveis complicações relacionadas ao excesso de peso, os exames que elas solicitam são aqueles relacionados à rotina da puericultura, que incluem, inclusive, exames de fezes e de urina. Já as enfermeiras que não solicitaram qualquer exame dizem que os motivos pelos quais não realizam essa ação é por já saberem mais ou menos o que a criança tem e que, por isso, não acham necessária a realização de exames na criança. Elas disseram, também, terem receio de a solicitação ser impedida pelo sistema de regulação, devido a ter sido requisitada pelo profissional de enfermagem. Muitas delas têm o entendimento de que a criança com excesso de peso não tem comorbidades, sendo a pressão arterial elevada a única lembrada por elas e o fator de risco à alteração de lipídios. Elas também não compreendem que as comorbidades associadas à obesidade são de responsabilidade de todos os profissionais da saúde, inclusive do profissional de enfermagem.

Em relação às orientações sobre atividade física, ambas as abordagens afirmam que as enfermeiras a realizam. No entanto, no discurso qualitativo foi evidenciado que são

orientações muito básicas e que o esporte só é orientado para crianças maiores ou para os adolescentes.

Os resultados dos dados integrados também evidenciaram que as enfermeiras encaminham crianças e adolescentes com sobrepeso ou obesidade para outros profissionais ou outro serviço. Mas, só o estudo qualitativo identificou que, após esse encaminhamento, as enfermeiras não acompanham mais a criança ou o adolescente com excesso de peso e não há um diálogo da enfermeira com o nutricionista, devido à alta demanda de atendimentos.

Por fim, ambas as abordagens convergem e evidenciam que as crianças maiores de dois anos e os adolescentes, na maioria das vezes, não são atendidos pelas enfermeiras. Além disso, o estudo qualitativo amplia este resultado e diz que esse público não é frequentemente atendido por esses profissionais porque costumam ir à UBS apenas quando estão doentes ou quando os adolescentes precisam de atendimento para o planejamento familiar e, mesmo assim, não procuram o atendimento realizado por esses profissionais. Contudo, as enfermeiras não agendam atendimentos para crianças maiores de dois anos e se envolvem com outras atividades.

A triangulação dos dados foi realizada a fim de comparar os resultados do elemento qualitativo com os resultados do elemento quantitativos a fim de identificar possíveis convergências ou divergências.

Esses resultados da integração dos dados quantitativos e qualitativos foram apresentados em um joint display, que exhibe simultaneamente os resultados quantitativos, qualitativos e sua triangulação, o que dá melhor visibilidade às informações.

Quadro 2. Integração concomitante dos dados sobre o Manejo do sobrepeso e obesidade de crianças e adolescentes, por enfermeiras da Estratégia Saúde da Família (n=98), Campina Grande/PB Brasil, 2019-2020.

TEMA	QUANTITATIVO	QUALITATIVO	INTEGRAÇÃO
Realização da Antropometria na criança	A antropometria não é realizada pela maioria das enfermeiras (n=73;74,4%), mas pelos técnicos de enfermagem (n=71; 83,5%).	<i>Quem faz é a minha técnica e coloca no sistema (E3).</i>	Ambos os resultados quantitativos e qualitativos convergiram, evidenciando que as enfermeiras não realizam a antropometria, pois quem a realiza são os técnicos de enfermagem. Além desses achados, o estudo qualitativo identificou que as enfermeiras só realizam a antropometria quando os técnicos não estão na UBS, e que na antropometria só é realizada a aferição da altura e peso. O índice de massa corporal (IMC) é calculado pelo prontuário eletrônico do cidadão (PEC).
		<i>É pesado e medido pela técnica. No dia que ela não está, aí eu peso (E7).</i>	
		<i>Em relação a outras medidas, a gente não faz, só fazemos o mínimo: antropometria que é com peso, altura e índice de massa corpórea, só isso mesmo (E2).</i>	
		<i>O próprio sistema já calcula o IMC, eu já recebo todo prontinho. [...] Quando ela (a técnica) insere os dados lá o próprio programa calcula. [...] Aí, a gente já vai para a caderneta (E3).</i>	
Avaliação antropometria na criança	Na maioria das vezes, as enfermeiras avaliam os dados antropométricos de crianças (n=78; 79,6 %), registram esses dados na caderneta (n=86; 87,8%), e, utilizam as curvas de IMC por idade da caderneta (n=81; 82,7%).	<i>Através da caderneta eu oriento, mostro à mãe. Lá, (caderneta) tem a idade da criança, o valor do IMC, aí eu coloco e oriento a mãe. Explico se essa criança está com o peso adequado, acima ou abaixo. E aí, quando essa criança está acima do peso eu vou conversar, fazer as orientações a esta mãe, [...] tudo através da caderneta, porque a mãe visualiza melhor também (E3).</i>	Com a integração dos dados quantitativos e qualitativos que convergiram, pode-se perceber que a maioria das enfermeiras avalia e registra os dados antropométricos da criança, e, considera o IMC de acordo com o sexo e a idade, contidos na caderneta. No entanto, o estudo qualitativo pôde identificar que há, também, enfermeira deixando de avaliar esse IMC de acordo com o sexo e a idade.
		<i>Hoje eu faço menos pelo gráfico e faço mais realmente só pelo IMC do PEC (prontuário eletrônico do cidadão) (E7).</i>	

Realização da antropometria adolescente	A maioria das enfermeiras não faz a avaliação da antropometria dos adolescentes (n=74; 89,2%), não utilizam as curvas de IMC por idade (n=79; 95,2%) e não fazem o registro na caderneta de saúde (n=82; 98,8%).	<i>Eu trato mais as puericulturas, as crianças pequenininhas até dois anos. (E4).</i>	Com a integração dos dados quantitativos e qualitativos, percebe-se que a convergência dos dados diz que as enfermeiras, na maioria das vezes, não atendem adolescentes. Além desses achados, o estudo qualitativo pôde identificar que crianças maiores de dois anos e adolescentes geralmente não são atendidas pelos enfermeiros da ESF em relação ao excesso de peso porque eles costumam vir à UBS quando é para o planejamento familiar; os adolescentes e seus familiares não vêm para tratar o excesso de peso; as crianças maiores de dois anos só vêm para a unidade quando estão doentes e não procuram a enfermagem; as enfermeiras não programam atendimentos para crianças maiores de dois anos e se envolvem com outras atividades.
		<i>O público de adolescentes que eu atendo quando vêm, são relacionados ao planejamento familiar (E1).</i>	
		<i>Para ele vir (adolescente) procurar uma unidade porque está gordo, nem ele nem as mães vêm não, acha que é normal, quando crescer acha que emagrece [...] (E4)</i>	
		<i>As mães, depois de dois anos, elas não vêm, elas só vêm com queixa e vem para a médica [...] Essas crianças de quatro, seis anos vêm quando estão doentes de outras coisas (E4). [...] Eles (os adolescentes) só vêm para cá (UBS) quando eles estão doentes, aí como é adolescente a enfermeira não trata (E4).</i>	
		<i>No meu agendamento, eu não tenho um dia específico para adolescente, não (E3).</i>	
		<i>Eu acho que, na verdade, é até uma falta de programação da gente mesmo. Ou talvez a gente se envolve em outras coisas e deixa essa parte (crianças maiores de dois anos e adolescentes) de lado (E6).</i>	
Circunferência abdominal	A maior prevalência dos enfermeiras não verifica a circunferência abdominal de crianças e adolescentes (n=77; 77,6%).	<i>A circunferência a gente só faz de hipertenso e, se por acaso for realmente um adolescente ou uma criança obesa, eu não sei se a médica pede, eu não. [...] Geralmente é só peso e altura (E7).</i>	Os dados quantitativos e qualitativos convergiram e informam que a maioria das enfermeiras não verifica e não avalia a circunferência abdominal de crianças e adolescentes.

Atividade física	A maior parte das enfermeiras afirma realizar orientações acerca da atividade física (n=57; 58,2%).	<i>Aí, tem a quadra que a gente pede pra trazer, pra fazer uma atividade física, vir todo mês na unidade para acompa- nhar o peso, mas assim: tudo muito básico (E1).</i>	A integração dos dados quantitativos e qualitativos diz que as enfermeiras realizam orientações sobre atividade física. No entanto, o estudo qualitativo identificou que são orientações muito básicas e que as enfermeiras só orientam esportes para crianças maiores ou adolescentes.
		<i>Essas orientações são mais para o adolescente, [...] honestamente eu nunca, nunca orientei com relação a isso nenhuma criança não, a atividade física não. Só mais o adolescente (E7).</i>	
Exames	A maior prevalência está entre as enfermeiras que afirmam solicitar exames para crianças diagnosticadas com excesso de peso (n=53; 54,6%).	<i>Os de puericultura mesmo: o hemograma completo, o colesterol, triglicérides, é... glice mia, sumário de urina e parasitológico de fezes que é o protocolo da puericultura (E2).</i>	Os dados quantitativos e qualitativos convergiram e informam que as enfermeiras solicitam exames para crianças diagnosticadas com excesso de peso. Porém, o estudo qualitativo pôde identificar que não são exames direcionados para a avaliação de possíveis complicações relacionadas ao excesso de peso, mas são exames de rotina da puericultura, que incluem, inclusive, exames de fezes e de urina. Além disso, o estudo qualitativo também pôde identificar motivos pelos quais algumas enfermeiras não solicitam exames, que são devido às enfermeiras afirmarem saber mais ou menos o que a criança tem, não achando necessária a realização de exames; terem receio de a solicitação ser impedida pelo sistema de regulação por ter sido solicitada pelo profissional de enfermagem; terem o entendimento de que a criança com excesso de peso não tem comorbidades, sendo a pressão alta a única lembrada por esses profissionais e o fator de risco à alteração de lipídios; não compreenderem que as comorbidades associadas à obesidade são de responsabilidade, também, da enfermeira.
		<i>Eu sou muito resistente para pedir exame de criança, tem gente que adora furar. Olhe, a gente sabe mais ou menos o que acontece nessa faixa, então, eu não preciso estar maltratando a criança [...] (E5).</i>	
		<i>Quem solicita os exames é a médica, como a gente sabe que existe hoje uma central de regulação, existem uns critérios, eu fico temerosa, às vezes, em solicitar alguns exames e quando você colocar na regulação ser glosado porque foi solicitado pela enfermeira (E6).</i>	
		<i>Não. Só alterações de lipídeos, pressão alta. [...] Não tem outra comorbidade não. É difícil mesmo, crianças obesas não têm alterações, a não ser de lipídeos (E2).</i>	

		<i>A partir do momento que tiver alguma comorbidade, aí também já não é uma questão minha. [...] As outras partes são questões da conduta médica. Eu também não vou muito além do que é meu. Eu me restrinjo ao que é da parte da enfermagem (E6).</i>	
Pressão arterial de crianças e adolescentes	A maior parte das enfermeiras não tem o hábito de sempre verificar a pressão arterial de crianças e adolescentes com excesso de peso (n=73; 75,3%) e 59,8% das enfermeiras afirmaram ter apenas o aparelho de pressão para adulto em sua UBS (n=58; 59,8%).	<i>Em criança a gente não afere porque nós não temos o aparelho. Só quando chega um adolescente, que já tem uma estatura que a gente possa usar o de adulto, mas de criança não afere (E1).</i>	Os dados quantitativos e qualitativos convergiram e informam que a maioria das enfermeiras não verifica a pressão arterial de crianças e adolescentes e que não tem o aparelho de pressão para essa faixa etária. Além disso, o estudo qualitativo identificou que as enfermeiras não utilizam e não têm o conhecimento sobre os parâmetros dos percentis para avaliação da pressão arterial preconizados para crianças e adolescentes (SBP, 2019; ARQ BRAS CARD, 2016).
		<i>Bem, rsrsrs. É. A pressão mesmo, os valores pressóricos para o adulto eu sei, para a criança eu sei que ela tem que está com uma pressão bem abaixo de doze por oito pela questão da idade. Se ela tiver acima disso, alterada, honestamente eu já mando para a médica. Agora, eu hoje não sei lhe responder se para adolescente tem alguma diferença do valor pressórico do adulto para o adolescente, eu não sei lhe dizer, realmente (E7).</i>	
Encaminhamentos	A maioria das enfermeiras 86,6% (n=84) afirma que encaminha a criança ou o adolescente com sobrepeso ou obesidade para outros profissionais ou outro setor de assistência.	<i>Como eu tenho a nutricionista aqui, eu dou a orientação básica e encaminho para o nutricionista, não fico com o planejamento alimentar para a criança obesa não. [...] Essas orientações que eu te disse são as básicas, gerais, quando tem eu encaminho para a nutricionista, ela que faz o plano alimentar. [...] Eu passo o plano alimentar para o nutricionista, porque não é minha competência, entendeu? (E2)</i>	A integração dos dados quantitativos e qualitativos diz que as enfermeiras encaminham a criança ou o adolescente com sobrepeso ou obesidade para outros profissionais ou outro setor de assistência. Além disso, o estudo qualitativo identificou que, após esse encaminhamento, as enfermeiras não acompanham mais a criança ou o adolescente com excesso de peso, e não há um diálogo entre a enfermeira e o nutricionista, sobre o paciente, devido à demanda de atendimentos.
		<i>Não, com o nutricionista a gente não tem contato. A gente não tem contato, infelizmente a gente não tem (E6).</i>	

		<i>Não, honestamente não. Não tem muito assim, e lhe digo, é por questão de tempo mesmo. [...]. Como ela está aqui só um período na semana (a nutricionista) é mais difícil, ela só vem na sexta feira. E aí, o período que ela está aqui geralmente eu estou atendendo e ela também. A gente encaminha os da semana para virem todos na sexta, então, ela acaba tendo muito atendimento. Aí, esse feedback realmente não tem. Que é uma coisa que até deve existir (E7)</i>	
--	--	--	--

Fonte: elaborado pela autora, 2020.

5. DISCUSSÃO

A análise do manejo do sobrepeso e da obesidade em crianças e adolescentes, realizado por enfermeiras da Estratégia Saúde da Família (ESF), evidenciou fragilidades no conhecimento e na prática, e, além disso, mostrou-se focado em crianças menores de dois anos.

Os achados desta pesquisa corroboram estudo de revisão integrativa que evidenciou que o sobrepeso ou a obesidade de crianças maiores de dois anos e adolescentes não são frequentemente avaliados pelos enfermeiros, visto que as consultas realizadas por esses profissionais na Atenção Primária à Saúde (APS) são predominantemente as de puericultura (BRAGA et al., 2017).

Ao não atenderem as crianças com excesso de peso, a partir dos dois anos de idade, e nem os adolescentes, os enfermeiros refutam o que é preconizado pela Caderneta e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) do Ministério da Saúde, que recomenda para crianças saudáveis, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais, próximas ao mês do aniversário, e para aquelas com fatores de risco e vulnerabilidades, consultas com maior frequência (BRASIL, 2018; BRASIL, 2020). Por ser a obesidade uma doença crônica, de acordo com essa política, a criança com essa morbidade é considerada de risco/vulnerabilidade e, por isso, necessita de mais de uma consulta anual por esses profissionais a partir dessa idade (BRASIL, 2018).

No presente estudo, os motivos pelos quais as enfermeiras não atendem rotineiramente crianças maiores de dois anos e adolescentes foram: as famílias só procuram a UBS quando estão com algum problema de saúde ou para pedir exames e, nesses casos, solicitam atendimento pela médica; os adolescentes vão para as UBS, em busca, na maioria das vezes, do atendimento para o planejamento familiar; as mães de crianças e adolescentes ainda não perceberam a necessidade de buscar a UBS para cuidar do excesso de peso dos filhos; as enfermeiras não têm o hábito de marcar horário para atenderem crianças maiores de dois anos e adolescentes, e priorizam outras ações no seu cotidiano assistencial na UBS.

Estudo realizado com enfermeiras sobre o manejo do excesso de peso na atenção primária, em Nova York, também identificou como barreira para o tratamento dessa morbidade, a recusa dos pais em reconhecer o excesso de peso ou a obesidade do seu filho (YEAGER et al., 2019). Os pais, além de não reconhecerem o sobrepeso ou a obesidade dos

filhos, consideram esse fator como sinal de saúde e acreditam que os filhos irão reduzir o peso quando ficarem mais velhos. No entanto, as crianças com excesso de peso na infância têm maior probabilidade de desenvolverem obesidade na vida adulta (SJUNNESTRAND et al., 2019).

Assim, é imprescindível que os pais compreendam essa morbidade, suas consequências e reconheçam a necessidade de procurar, na atenção primária, cuidados para o excesso de peso dos seus filhos (TANDA et al., 2017; YEAGER et al., 2019). Além disso, devem saber que as crianças e os adolescentes precisam ser atendidos, não apenas pelo médico, mas por uma equipe multidisciplinar na atenção primária, constituída, inclusive, pelo enfermeiro (HARDY et al., 2019).

Contudo, é preciso que os pais e os demais profissionais da saúde estejam abertos para confiar no manejo realizado por esse profissional. Estudo realizado em Estocolmo evidenciou dificuldades na aceitação do cuidado para crianças obesas quando a conduta era realizada pelo enfermeiro e não pelo médico (SJUNNESTRAND et al., 2019).

A presente pesquisa corrobora achados de estudos que também evidenciaram barreiras a este manejo relacionadas à ausência de tempo das enfermeiras para a realização desse cuidado às crianças e adolescentes com excesso de peso, por priorizarem outras ações (ISMA et al., 2013; NELSON et al., 2015; POWELL et al., 2017; SJUNNESTRAND et al., 2019). Estudo realizado com médicos da atenção primária identificou que eles afirmam não terem tempo suficiente para a realização dos cuidados a essa morbidade em crianças e adolescentes e apontam a necessidade de aumentar o quantitativo de profissionais (COHEN et al., 2019).

Desse modo, torna-se ainda mais evidente a necessidade de investimento neste contexto, pois não só os enfermeiros, mas também os médicos da atenção primária não priorizam essa população, argumentando a falta de tempo como fator preponderante. Evidencia-se falta de espaço na atenção básica para este problema de saúde, que tem se tornado tão prevalente e que pode desencadear comorbidades associadas. Assim, cabe aos governantes e gestores aumentar o quantitativo de enfermeiros na ESF para melhorar a disponibilidade de tempo desses profissionais para a realização de um manejo adequado a esse público infantojuvenil (HILL et al., 2019).

No presente estudo, a maioria das enfermeiras afirmou realizar ações educativas do PSE, porém, menos da metade afirmou realizar a antropometria. Para o excesso de peso, é preciso que as enfermeiras da ESF façam, além das ações educativas nas escolas, busca ativa por

meio da avaliação antropométrica nessas ações do PSE (KOWALKI et al., 2018). Além disso, outras estratégias podem ser utilizadas para captar e agendar consultas de enfermagem a crianças maiores de dois anos e jovens com excesso de peso que não buscam a UBS. Dentre essas, a avaliação das crianças e adolescentes quando forem à UBS para vacinação ou em consultas relacionadas a outros problemas de saúde.

A literatura recomenda que identificar e cuidar dessa morbidade em idades cada vez mais jovens e realizar recomendações para elas e seus familiares para adesão a um estilo de vida mais saudável pode alcançar resultados satisfatórios (PENSE et al., 2019). Contudo, a coleta de informações da criança e do adolescente com excesso de peso não deve restringir-se à aferição do peso, à altura e ao índice de massa corporal, mas, são necessárias outras informações. Assim, para a realização desse manejo, o enfermeiro da ESF pode realizar a antropometria, avaliar o estado nutricional, orientar acerca de um estilo de vida saudável (KEBBE et al., 2020), solicitar exames, identificar fatores de risco e morbidades mais recorrentes associadas ao excesso de peso e realizar encaminhamentos para outros profissionais, quando necessário (BRASIL, 2014a; COREN-PB, 2015; SBP, 2019).

Apesar de ainda serem considerados escassos na literatura estudos sobre como os enfermeiros da atenção primária realizam o manejo do sobrepeso e da obesidade em crianças e adolescentes (KEBBE, et al, 2020), as publicações existentes também evidenciam fragilidades na conduta desses profissionais para a implementação da promoção, prevenção e tratamento dessa morbidade (ISMA et al., 2013; CYGAN et al., 2014; NELSON et al., 2015; LAWS et al., 2015; TANDA et al., 2017; VALLABHAN et al., 2017; BRAGA et al., 2017; POWELL et al., 2017; TORRE et al., 2018; SJUNNESTRAND et al., 2019; HARDY et al., 2019).

Quanto ao processo de trabalho na atenção básica para o manejo do excesso de peso, o prontuário eletrônico tem sido uma ferramenta importante, pois fornece o IMC após inserção do peso e da altura da criança. Contudo, algumas enfermeiras têm avaliado somente esse resultado, sem considerar o gráfico do Ministério da Saúde e da sociedade Brasileira de Pediatria, de acordo com a idade e o sexo da criança/adolescente, tampouco as diretrizes do manejo do sobrepeso e da obesidade. A Organização Mundial da Saúde recomenda a utilização das curvas de crescimento para medir, monitorar e avaliar crianças e adolescentes de 0 a 19 anos para detecção do sobrepeso e da obesidade infantojuvenil, e não apenas o resultado do IMC (BRASIL 2014; SBP 2019; OMS, 2021).

Estudo realizado com enfermeiras também identificou que parte delas não avalia o

IMC corretamente, por não utilizar os parâmetros adequados para a faixa etária (YEAGER et al., 2019). Outros estudos também evidenciaram a mesma dificuldade (ISMA et al., 2013; LAWS et al., 2015; SJUNNESTRAND et al., 2019).

A circunferência abdominal (CA) é um dado importante para avaliação do sobrepeso e da obesidade em crianças e adolescentes (BRASIL 2014; SBP 2019). No entanto, neste estudo, foi evidenciado que as enfermeiras da ESF não verificam nem avaliam essa medida. Isso é preocupante, pois a CA, além de ser uma medida rápida e de baixo custo, está fortemente associada à pressão arterial alta em crianças e adolescentes, mais do que o próprio IMC, que é rotineiramente avaliado pelas enfermeiras (ARQ BRAS CARD, 2016).

Estudo realizado na Espanha com 265 escolares com idade entre 6 e 17 anos identificou que, nas primeiras idades, a obesidade tem sido diretamente relacionada ao desenvolvimento da pressão arterial alta, sendo a circunferência da cintura à medida que apresentou maior associação com a hipertensão (odds ratio (OR) = 10.7), quando comparado ao IMC (OR = 7,5) a relação cintura-altura (OR = 5,5) e o percentual de gordura (OR = 5,3) ($p < 0,05$) (ALVAREZ et al., 2020). Sabe-se que a pressão arterial elevada é precursora de doenças cardíacas, vascular cerebral e metabólicas (ARQ BRAS CARD, 2016). Portanto, está mais do que evidenciada a importância da aferição dessa medida.

Na presente pesquisa, foi evidenciado, também, que as enfermeiras não verificam a pressão arterial sistêmica em crianças e adolescentes com excesso de peso. As profissionais justificam não terem condições de aferir a pressão nesse público porque as UBS não fornecem aparelhos adequados para a verificação nessa faixa etária. A exceção é o adolescente com tamanho de braço que se adequa ao tamanho do manguito de adulto. No entanto, ao serem questionadas sobre quais parâmetros utilizam para a avaliação da pressão arterial na população infantojuvenil, identificou-se que elas não seguiam as recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria e da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBP, 2019; ARQ BRAS CARD, 2016). A PA, segundo essas instituições, deve ser medida em toda avaliação clínica após os três anos de idade e não pode ser classificada com os mesmos parâmetros recomendados para o adulto. É preciso considerar a idade, o sexo e o percentil de altura para avaliação da PA em crianças e adolescentes (ARQ BRAS CARD, 2016).

Quanto à falta de aparelhos de pressão, estudos também identificaram limitação de recursos materiais para o cuidado a essa morbidade nessa faixa etária na atenção primária (POWELL et al., 2017; HILL et al., 2019; YEAGER ET AL., 2019). Assim, além de

melhorias na conduta dos enfermeiros, é necessário que ocorram maiores investimentos dos governantes e gestores para a compra de materiais necessários e adequados a esse manejo.

Desse modo, crianças com sobrepeso ou obesidade podem desenvolver morbidades associadas ao excesso de peso, tais como o diabetes tipo II, alterações no sistema cardiovascular e problemas metabólicos (NAZANIN et al., 2020; AMATRUDA et al., 2020). Porém, as enfermeiras só associaram ao excesso de peso a hipertensão arterial e o fator de risco à alteração de lipídios.

Em relação à solicitação de exames, as enfermeiras limitam-se àqueles de rotina da puericultura, incluindo os de fezes e urina. Estudo realizado em Manhattan, nos EUA, também identificou que boa parte das enfermeiras não investigam doenças associadas à obesidade e que parte delas não solicita exames de sangue específicos para uma criança com obesidade (YEAGER et al., 2019).

Uma das justificativas para a não solicitação dos exames relatada pelas enfermeiras da ESF desta pesquisa foi relacionada às limitações impostas pelo sistema de regulação, que ainda apresenta barreiras para aceitar requisições de exames advindas do profissional enfermeiro. Outra justificativa é devido à crença de que as morbidades associadas ao excesso de peso não são de responsabilidade da enfermagem, mas sim, uma conduta para o profissional médico.

Desse modo, as enfermeiras devem compreender que a obesidade é uma doença de cuidado multiprofissional e o Sistema de Regulação de exames deve ter ciência acerca da Lei 7498/86 do COFEN e Resoluções nº 195/97, nº 271/02 que viabilizam essas profissionais a solicitarem exames de glicemia e lipídeos (BRASIL, 1986; BRASIL, 1997; BRASIL 2002; BRASIL, 2014a; COREN-PB, 2015). Inclusive, a resolução nº 195/97, que dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiros, diz que, se esse profissional não solicitar os exames do paciente, quando necessário, seu ato é considerado omissão, negligência e imprudência (BRASIL, 1997).

A adoção dessas medidas pode resultar em uma redução das filas de espera às consultas médicas, por parte dos jovens e seus familiares. Estudo realizado no Canadá afirma que ações realizadas diretamente por enfermeiras à criança e ao adolescente com obesidade reduzem o tempo de espera por não precisarem passar pelo médico (NGUYEN et al, 2020). Ademais, poderá haver um fortalecimento da UBS como ordenadora do cuidado para a atenção secundária e terciária do sistema de saúde.

Além dos dados de aferição e solicitação de exames, as orientações e os encaminhamentos fazem parte do protocolo de seguimento dessas crianças (SBP 2019; BRASIL, 2014a). Essas intervenções tornam-se mais eficazes quando iniciadas muito cedo, desde a gravidez ou no início da primeira infância, antes mesmo do estabelecimento de problemas metabólicos ou de padrões de comportamento não saudáveis (ASKIE et al., 2019; KEBBE, et al., 2020). Apenas identificar a obesidade e registrar na caderneta não são ações suficientes para a redução da prevalência da obesidade (KOWALKI et al., 2018).

No presente estudo, algumas enfermeiras, ao identificarem o excesso de peso na criança, fazem orientações básicas de alimentação. Dentre esses cuidados, orientam trocar alimentos mais processados e/ou calóricos por alimentos mais naturais e/ou menos calóricos, incentivando uma alimentação mais saudável. Nesse momento de orientação, as enfermeiras consideram as condições financeiras das famílias para melhor adesão às recomendações, e encaminham para o nutricionista. Para aprimoramento dessa prática, recomenda-se a utilização do Guia Alimentar para a população Brasileira, que tem todas as orientações sobre alimentação para todas as faixas etárias, inclusive, para crianças e adolescentes (BRASIL, 2019).

Porém, outras enfermeiras realizam o encaminhamento sem aconselhamento nutricional, passando a responsabilização para o nutricionista. Além disso, todas elas, as que orientam sobre alimentação e as que não, ao realizarem o encaminhamento para o nutricionista, em geral, não acompanham o itinerário e o desfecho terapêutico da criança ou do adolescente com excesso de peso, tampouco há diálogo entre a enfermeira e os profissionais que receberam o encaminhamento.

Os resultados de um estudo com pais de crianças com sobrepeso ou obesidade, realizado na Austrália, apontam que os pais relatam ter sentimentos de não resolutividade do problema, após enfermeiras identificarem o excesso de peso dos seus filhos. Dizem não terem recebido informações suficientes sobre alimentação saudável pela profissional (HARDY et al., 2019). Outros estudos identificaram que as enfermeiras, ao encaminharem as crianças ou adolescentes com excesso de peso para o nutricionista, não têm um diálogo com esse profissional (SJUNNESTRAND et al., 2019; NGUYEN et al., 2020), bem como, não acompanham mais esses jovens após o seu encaminhamento (YEAGER et al., 2019; COHEN et al., 2019).

Para solucionar esta problemática do diálogo entre os profissionais, enfermeiras no Canadá, que realizavam encaminhamento de crianças e adolescentes com obesidade para um

centro de referência no tratamento dessa morbidade, solicitavam, ao centro, que enviasse uma contrarreferência com atualizações informando sobre a situação dos jovens com excesso de peso e de seus familiares. Dessa forma, contribuíram com a melhor comunicação entre os profissionais e com os próximos passos a serem tomados (NGUYEN et al, 2020).

Além das orientações sobre alimentação saudável e encaminhamentos ao nutricionista, é importante que o enfermeiro valorize a realização da atividade física. No presente estudo, assim como em outra pesquisa (HARDY et al., 2019), essas orientações realizadas por esses profissionais foram básicas e focadas em crianças maiores. No entanto, a atividade física deve ser estimulada e realizada desde os primeiros anos e ter continuidade ao longo da vida no contexto de brincadeiras, jogos, esportes, trabalho, transporte, recreação e educação física (CRESCER SAUDÁVEL, 2018; SBP, 2019).

Assim, crianças de 0-2 anos devem ser estimuladas a serem tão ativas quanto possível, em um ambiente seguro, supervisionado e estimulante. Crianças na faixa etária entre 3-5 anos devem acumular pelo menos 180 minutos de atividade física de qualquer intensidade, distribuídos ao longo do dia, e precisam desenvolver a coordenação motora. A partir dessa idade, podem ser incluídas paulatinamente atividades físicas estruturadas. De 6 a 19 anos de idade, devem acumular pelo menos 60 minutos diários de atividades físicas de intensidade moderada a vigorosa (CRESCER SAUDÁVEL, 2018; SBP, 2019).

Estudo identificou que as enfermeiras não orientam sobre atividade física devido à ausência de confiança em relação ao conhecimento que têm para a realização das orientações sobre atividade física aos pais (HARDY et al., 2019) e concordam acerca da necessidade de capacitações sobre o tema (YEAGER et al., 2019; SJUNNESTRAND et al., 2019). No presente estudo, além da identificação de pouco conhecimento das enfermeiras acerca da atividade física para crianças e adolescentes com excesso de peso, foi evidenciado que as enfermeiras não realizam essas orientações porque acreditam em uma concepção de divisão de tarefas entre categorias profissionais, e que as orientações acerca da atividade física são de responsabilidade do educador físico, eximindo-se dessa responsabilidade.

É de fundamental importância que os enfermeiros forneçam essas orientações em suas consultas à criança ou ao adolescente com excesso de peso, visto que esses jovens, quando têm um atendimento multiprofissional, apresentam melhor adesão às recomendações de tratamento e melhores resultados (SJUNNESTRAND et al., 2019; YEAGER et al., 2019). É imprescindível lembrar também que a mudança de comportamento deve ser não só para eles, mas para toda a família, objetivando obter maior adesão do tratamento e melhores desfechos

dos pacientes (APA, 2020). Estudo teve resultados satisfatórios, para famílias e enfermeiros, e sugere ligações telefônicas feitas por esses profissionais da atenção primária para apoiarem os pais na promoção de hábitos saudáveis, por meio de entrevistas motivacionais para ajudá-los a alcançarem as metas de atividade física e nutrição (SCHLOTTMANN et al., 2019).

Além dessas orientações, é importante que o enfermeiro da ESF esteja atento à relação do alto uso de tecnologia (KEBBE, et al., 2020) e do excesso de peso dos jovens. Para as crianças de zero a dois anos de idade, recomenda-se que o tempo de tela (TV, tablet, celular, jogos eletrônicos) seja zero, e para as crianças entre três e cinco anos, o tempo de tela seja de duas horas. Porém, esse limite não deve ser levado em consideração para a realização de tarefas escolares (CRESCER SAUDÁVEL, 2018; SBP, 2019).

Outro ponto imprescindível é lembrar que se necessita de tempo para que a perda de peso saudável aconteça. É recomendada a redução de, no máximo, dois quilos de peso por mês, sendo meio quilo por semana (BRASIL, 2014a). Assim, as enfermeiras devem desestimular dietas que, na maioria das vezes, são muito restritivas, podendo prejudicar o desenvolvimento dessas crianças e adolescentes (KEBBE et al., 2020). Outro ponto substancial é a valorização não apenas dessa perda de peso, mas de outros ganhos ao longo do processo, tais como o aumento no consumo de alimentos mais saudáveis, a realização de exercícios físicos e menos tempo despendido em telas de TV, celular e vídeo games (APA, 2020).

É necessária, também, a compreensão sobre o estigma do peso (APA, 2020). A falta de compreensão da obesidade, em algumas narrativas negacionistas, na saúde e na sociedade, fomenta a ideia de que a obesidade se dá apenas pela má alimentação e falta de exercícios físicos. Os indivíduos obesos, muitas vezes, são estigmatizados e estereotipados como pessoas preguiçosas, sem força de vontade, incompetentes e culpados pelo seu excesso de peso, o que impacta na vida e no cotidiano desses sujeitos. No entanto, a obesidade é uma doença multifatorial, que inclui fatores genéticos, metabólicos, psicológicos e fatores externos como as condições sociais e econômicas (APA, 2020; GEISLER et al., 2020).

Estudo realizado em Santa Catarina diz que os profissionais da saúde são apontados pelos pacientes como uma das principais fontes de preconceito, por colocarem a culpa no próprio indivíduo pelo seu excesso de peso, e identificaram nos enfermeiros da ESF desse município, a prática desse estigma. Desse modo, é necessário que o enfermeiro da ESF tenha um olhar mais humanizado e integral acerca da condição da obesidade, principalmente por ser a ESF a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS) (GEISLER et al.,

2020).

Portanto, para melhorar o conhecimento e a prática das enfermeiras a esse atendimento, sugere-se uma educação continuada sobre obesidade e habilidades para melhoria dos cuidados prestados por esses profissionais, bem como a melhoria organizacional do sistema de saúde a essa morbidade (SJUNNESTRAND et al., 2019; HARDY et al., 2019).

Estudo de revisão sistemática da Cochrane identificou que a elevação dos impostos sobre os alimentos com alto teor de gorduras saturadas na Dinamarca reduziu as vendas desses alimentos. Porém, o estudo não pôde avaliar se essa política conseguiu diminuir o seu real consumo (LHACHIMI et al., 2020). Assim, é sugerido realizar pesquisas que avaliem se há ou não impacto no consumo de alimentos saudáveis com a redução de impostos para esses alimentos e/ou aumento dos impostos nos alimentos não saudáveis.

Ademais, é necessário: elaborar protocolos específicos para cada categoria profissional da saúde, inclusive a de enfermagem, para que elas possam compreender quais são as suas condutas nos cuidados a esta morbidade; aumentar os recursos humanos para que esses profissionais tenham maior disponibilidade de tempo para a realização desse manejo; investir mais em espaços físicos para que as famílias tenham mais acesso à realização de atividades físicas; reduzir os preços dos medicamentos para o tratamento, visto que a obesidade é uma doença crônica; e reduzir a publicidade de propagandas de alimentos ultra processados. A adoção dessas medidas poderá aumentar as possibilidades de crianças, adolescentes e seus familiares aderirem um estilo de vida mais saudável e, com isso, reduzir as doenças cardiovasculares e metabólicas, que são associadas a essa morbidade e que têm apresentado altas taxas de mortalidade em populações cada vez mais jovens.

Devido à utilização da abordagem quantitativa e qualitativa, foi possível minimizar as fragilidades de ambos os métodos, pois os pontos positivos de um método compensaram as fragilidades do outro. Foi percebida como limitação no presente estudo a não utilização de um instrumento de pesquisa validado para a avaliação do manejo de sobrepeso e obesidade direcionado para crianças e adolescentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa possibilita a compreensão do manejo do sobrepeso e obesidade de crianças e adolescentes por enfermeiras da ESF, que evidenciou fragilidades no conhecimento e na prática, e, além disso, suas ações estão focadas em crianças menores de dois anos.

Negligenciar a assistência ao sobrepeso e a obesidade de crianças e adolescentes pode gerar danos irreparáveis à saúde desses indivíduos. Desse modo, é necessário que os enfermeiros compreendam a importância de se realizar as ações de cuidados necessárias em seu cotidiano assistencial a esse público. Além disso, esses profissionais precisam se apropriar do conhecimento para o desenvolvimento da prática correta desse manejo a essa faixa etária, pois se trata de uma morbidade cuja prevalência e incidência vêm aumentando, além de ser considerada como fator de risco para outras doenças, como as cardiovasculares e metabólicas, que possuem taxas altas de mortalidade.

Ao identificar e realizar adequadamente o manejo do sobrepeso e da obesidade em crianças e adolescentes, por meio da promoção de hábitos saudáveis, prevenção e tratamento, esses profissionais estarão oportunizando uma melhor qualidade de vida a esses jovens, bem como possibilitando a redução das comorbidades em suas vidas, quando adultos. Ademais, ter adultos mais saudáveis reduz os gastos ao Sistema Único de Saúde, pois as doenças crônicas demandam investimentos altos para tratamentos e hospitalizações.

Identificar as dificuldades no manejo do sobrepeso e obesidade de crianças e adolescentes por enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família possibilita à comunidade científica utilizar esses achados como arcabouço para a elaboração de protocolos específicos a essa categoria, bem como a realização da educação continuada.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, F.L.S.; SOUSA, A.E.M.; AGOSTINHO, C.N.L.F.; GONÇALVES, J.R.S.; PIMENTEL, M.I.C.; SILVA, V.T.; TORRES, M.A.O.; VASCONCELOS, H.C.A. Obesidade abdominal como fator de risco para doenças cardiovasculares. **Rev. Braz. J. Hea**, v. 3, n. 1, p. 14529-14536, 2020.
- ALMEIDA, L.M.; CAMPOS, K.F.C.; RANDOW, R.; GUERRA, V.A. Estratégias e desafios da gestão da atenção primária à saúde no controle e prevenção da obesidade. **Rev. Gestão & Saúde**, v. 08, n.01, p. 114-39, 2017.
- ALVES, K.P.S.; JAIME, P.C. A Política Nacional de alimentação e Nutrição e seu diálogo com a Política Nacional de Segurança alimentar e Nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.11, p. 4331-40, 2014.
- ALVES, K.Y.A.; SANTOS, V.E.P.; DANTAS, M.S.P.; MARTINS, C.C.F.; SALVADOR, P.T.C.O.; ASSIS, Y.M.S. Humanescent experiential pedagogy and the theory of significant learning. **Cogitare Enferm**, v.20, n.3, p. 608-12, 2015.
- ANUNCIAÇÃO, P.C.; LANES, R.C. Anthropometric indicators in identification of insulin resistance in elderly men / Indicadores antropométricos na identificação de resistência à insulina em homens idosos. **Mundo saúde**, v. 39, n. 2, p. 157-63, 2015.
- ARAÚJO, R.R.M.; MOURA, M.E.B.; NUNES, B.M.V.T.; LAGO, E.C.; NERY, I.S. Permanent nursing education in family health strategy. **Journal of research fundamental care on line**, v.5, n. 6, p. 64-73, 2013.
- BELL, A.C.; CAMPBELL, E.; FRANCIS, J.L.; WIGGERS, J. Encouraging general practitioners to complete the four-year-old Healthy Kids Check and provide healthy eating and physical activity messages. **Healthy Eating**, v. 38, n. 3, p. 253-57, 2014.
- BLOCH, K.V.; KLEIN, C.H.; SZKLO, M.; KUSCHNIR, M.C.C.; ABREU, G.A.; BARUFALDI, L.A.; VEIGA, V.G.V.; SCHAAN, B.; SILVAI, T.L.N. ERICA: prevalências de hipertensão arterial e obesidade em adolescentes brasileiros. **Rev Saúde Pública**, v.50, n. 1, p. 9s, 2016.
- BORTOLINI, G.A.; OLIVEIRA, T.F.V.; SILVA, S.A.; SANTIN, R.C.; MEDEIROS, O.L.; SPANIOL, A.M. et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 44, n. 39, p. 1-8, 2020.

BRAGA, V.A.S.; JESUS, M.C.P.; CONZ, C.A.; TAVARES, R.E.; SILVA, M.H.; MERIGHI, M.A.B. Intervenções do enfermeiro às pessoas com obesidade na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Rev Esc Enferm USP**, v. 51, n. 03293, p. 1-11, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: < [Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : obesidade \(saude.gov.br\)](http://saude.gov.br)>. Acesso em: 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em:< [Guia alimentar para a população brasileira \(saude.gov.br\)](http://saude.gov.br)>. Acesso em: 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas**. Diário Oficial da União, 2013. Disponível em: < [Ministério da Saúde \(saude.gov.br\)](http://saude.gov.br)>. Acesso em: 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, (Série E. Legislação em Saúde), 2017. Disponível em: <[capa pnab.indd \(saude.gov.br\)](http://saude.gov.br)>. Acesso em: 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 424/GM/MS, de 19 de março de 2013**. Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <[Ministério da Saúde \(saude.gov.br\)](http://saude.gov.br)>. Acesso em: 2017.

BRASIL. Vigitel Brasil 2009. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <[vigitel_brasil_2009.pdf \(saude.gov.br\)](http://saude.gov.br)>. Acesso em: 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto Federal 6.286, de 05 de dezembro de 2007**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6286.htm>. Acesso em: 06/06/2018.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto 7508, de 28 de junho de 2011**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 12/12/2018.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qual Res Psychol**, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006.

BRIGGS, M.S.; BOUT-TABAKU, S.; MCNALLY, M.P.; CHAUDHARI, A.M.W.; MELHOR, T.M.; SCHMITT, L.C. . Relacionamentos entre o alinhamento frontal do

joelho com o plano frontal e o carregamento dinâmico da articulação do joelho durante caminhada e corrida em jovens obesas. **Phys Ther**, v. 97, n. 5, p. 571-80, 2017.

BUCHER, D.T.S.; COURVOISIER, D.S.; SALDARRIAGA, A.; MARTIN, X.E.; FARPOUR-LAMBERT, N.J. Knowledge, attitudes, representations and declared practices of nurses and physicians about obesity in a university hospital: training is essential. **Clin Obes**, v. 8, n. 2, p. 122-30, 2018.

BURLANDY, L.; TEIXEIRA, M.R.M.; CASTRO, L.M.C.; CRUZ, M.C.C.; SANTOS, C.R.B.; SOUZA, S.R.; BENCHIMOL, L.S.; ARAÚJO, T.S.; RAMOS, D.B.N.; SOUZA, T.R. Modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 3, p. 1-19, 2020.

CARVALHO, D.P.S.R.P.; REGO, A.L.C.; FERREIRA, K.S.; SILVA, S.B.; VITOR, A.F.; JÚNIOR, M.A.F. Teoria da aprendizagem significativa como proposta para inovação no ensino de enfermagem: experiência dos estudantes. **Rev Enferm UFSM**, v. 5, n. 1, p. 186-92, 2015.

CHANDRASEKHAR, T.; SUCHITRA, M.M.; PALLAVI, H.L.N.; SRINIVASA, R.P.V. Fatores de Risco para Doença Cardiovascular em Crianças Obesas. **Pediatrics Indiana**, v. 54, n. 9, p. 752-55, 2017.

CHEN, R.Y.A.N.; LIU, P.; WANG, Z; WANG, C. Inibidor do ativador do plasminogênio liga a obesidade e as doenças cerebrovasculares trombóticas: os papéis do PAI-1 e da obesidade no AVC. **Metab Brain Dis**, v. 32, n. 3, p. 667-73, 2017.

CYGAN, H.R.; BALDWIN, K.; CHEHAB, L.G.; RODRIGUEZ, N.A.; ZEN, S.N. Six to success: improving primary care management of pediatric overweight and obesity. **Journal of Pediatric Health Care**, v. 28, n. 5, p. 429-37, 2014.

CORNELIA, H.M.V.J.; MARTIN, C.G. Childhood obesity trends from primary care electronic health records in England between 1994 and 2013: population-based cohort study **Arch Dis Child**, v.100, p. 214–19, 2015.

CORTINA, J.M. What is coefficient alpha? Na examination of theory and applications. **Journal of Applied Psychology**, v. 78, n. 1, p. 98-104, 1993.

CUI, H.; LÓPEZ, M.; RAHMOUNI, K. The cellular and molecular bases of leptin and ghrelin resistance in obesity. **Nat Rev Endocrinol**, v. 13, n. 6, p. 338-51, 2017.

CRESWELL, J.W.; CLARK, V.L.P. **Pesquisa de Métodos Mistos**. 2º edição. Porto Alegre: Penso Editora Ltda, 2013.

CRESWELL, J.W.; CLARK, V.L.P. **Designing and Conducting Mixed Methods Research**. 3º edição. Califórnia: Sage Publications, 2018.

DALFOVO, M.S.; LANA, R.A.; SILVEIRA, A. **Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico**. Rev. Interdisciplinar Científica Aplicada, v. 2, n. 4, p. 01- 13, 2008.

DIAS, P.C.; HENRIQUES, P.; ANJOS, L.A.; BURLANDY, L. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 7, p.1-12, 2017.

EDWARDSON, C.L.; HARRINGTON, D.M.; YATES, T.; BODICOAT, D.H.; KHUNTI, K.; GORELY, T.; SHERAR, L.B.; EDWARDS, R.T.; WRIGHT, C.; HARRINGTON, K.; DAVIES, M.J. A cluster randomised controlled trial to investigate the effectiveness and cost effectiveness of the ‘Girls Active’ intervention: a study protocol. **BMC Public Health**, v. 15, n. 526, p. 1-9, 2015.

MEDRONHO, R.A.; BLOCH, K.V.; LUIZ, R.R.; WERNECK, G.L (ORG). **Epidemiologia**. 2ª edição. Atheneu, 2009.

FERREIRA, A.P.S.; SZWARCOWALD, C.L.; DAMACENA, G.N. Prevalência e fatores associados da obesidade na população brasileira: estudo com dados aferidos da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev. Bras. Epidemiol**, v. 22, n. 190024, p. 1-14, 2019.

FREITAS, L.K.P.; JÚNIOR, A.T.C.; KNACKFUSS, M.I.; MEDEIROS, H.J. Obesidade em adolescentes e as políticas públicas de nutrição. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6, p. 1755-62, 2014.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6º edição. São Paulo: editora Atlas S.A, 2008.

GIULIANO, I.C.B.; CARAMELLI, B.; PELLANDA, L.; DUNCAN, B.; MATTOS, S.; FONSECA, F.H. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz de Prevenção da Aterosclerose na Infância e na Adolescência. **ArqBrasCardiol**, v. 85, n. 6, p. 1-36, 2005.

GLOBAL BURDEN OF DISEASE (GBD). Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. **The new england journal of medicine**, v. 377, n. 1, p. 13-27, 2017.

GONZAGA, N.C.; SENA, A.S.S.; COURA, A.S.; DANTAS, F.G.; OLIVEIRA, R.C.; MEDEIROS, C.C.M. Sleep quality and metabolic syndrome in overweight or obese children

and adolescents. **Rev. Nutr**, v.29, n. 3, p. 377-89, 2016.

ISMA, G.E.; BRAMHAGEN, A.C.; AHLSTROM, G.; ÖSTMAN, M.; DYKES, A.K. Obstacles to the prevention of overweight and obesity in the context of child health care in Sweden. **BMC Family Practice**, v. 14, n. 143, p. 2-10, 2013.

JANSSEN, I.; KATZMARZYK, P.T.; SRINIVASAN, S.R.; CHEN, W.; MALINA, R.M.; BOUCHARD, C. Utility of childhood BMI in the prediction of adulthood disease: comparison of national and international references. **Obesity research**, v. 13, n. 6, p. 1106–15, 2005.

KEBBE, M.; PEREZ, A.; BUCHHOLZ, A.; SCOTT, S.D.; MCHUGH, T.L.F.; DYSON, M.P.; BALL, G.D.C. Health care providers' weight management practices for adolescent obesity and alignment with clinical practice guidelines: a multi-centre, qualitative study. **BMC Health Services Research**, v. 20, n. 850, p. 2-8, 2020.

KOKKVOLL, A.; GRIMSGAARD, S.; STEINSBEKK, S.; FLAEGSTAD, T.; NJOLSTAD, I. Health in overweight children: 2-year follow-up of Finnmark Activity School a randomised trial. **Arch Dis Child**, v. 100, n. 5, p. 441–448, 2015.

KOWALSKI, A.; HARTUNG, S.Q. Are Body Mass Index Screening Programs in Schools Enough? Body Mass Index Notification, follow-up, and School Nurse Role. **NASN Sch.Nurse**, v. 34, n. 4, p. 223-227, 2019.

KUSCHNIR, M.C.C.; BLOCHI, K.V.; SZKLO, M.; KLEIN, C.H.; BARUFALDI, L.A.; ABREU, G.A.; SCHAAN, B.; VEIGA, G.V.; THIAGO, S.L.N.; VASCONCELLOS, M.T.L. ERICA: prevalência de síndrome metabólica em adolescentes brasileiros. **Rev Saúde Pública**, v.50, n. 1, p.11, 2016.

LAWS, R.; CAMPBELL, K.J.; PLIGT, P.V.D.; BALL, K.; LYNCH, J.; RUSSELL, G.; TAYLOR, R.; WILSON, E.D. Obesity prevention in early life: an opportunity to better support the role of Maternal and Child Health Nurses in Australia. **BMC Nursing**, v. 14, n. 26, p. 2-14, 2015.

LI, G.; FENG, Q.; YE, M.; ELE, Y.; YAO, U.M.; SHI, K. Efeito metabólico da obesidade na síndrome dos ovários policísticos em adolescentes: uma meta-análise. **J Obstet Gynaecol**, v. 37, n. 8, p. 1036-47, 2017.

LOBSTEIN, T.; JACKSON-LEACH, R.; MOODIE, M.L.; MUNICIPAL, K.D.; GORTMAKER, S.L.; SWINBURN, B.A.; JAMES, W.P.; WANG, Y. MCPHERSON, K. Child and adolescent obesity: part of a bigger picture. **Lancet**, v. 385, n. 9986, p. 2510-20, 2015.

MINAYO, M.C.S.O.; DESLANDES, S.F.; NETO, O.C. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21º Ed. Petrópolis: VOZES, 2016.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14º Ed. São Paulo: UCITEC, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O que é prontuário eletrônico do cidadão?** Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 2017. Disponível em: < [Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde \(saude.gov.br\)](http://portal.saude.gov.br)>. Acesso em: fev de 2021.

MINOSSI, V.; PELLANDA, L.C. The “Happy Heart” educational program for changes in health habits in children and their families: protocol for a randomized clinical trial **BMC Pediatrics**, v. 15, n. 19, p. 2-10, 2015.

MOURA, A.R.L.I.; SANTANA, A.A.A.; ALENCAR, J.F.R.; CARVALHO, T.R.; MORAES, J.F.V.N. Custo da Obesidade na Adolescência entre 2008 e 2018 a Partir dos Dados do Datasus. **Rev.Contexto e Saúde**, v. 20, n. 40, p. 175-180, 2020.

NASCIMENTO, L.C.N.; SOUZA, T.V.; OLIVEIRA, I.C.S.; MORAES, J.R.M.M.; AGUIAR, R.C.B.; SILVA, L.F. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. **Rev Bras Enferm [Internet]**, v. 71, n. 1, p. 228-33, 2018..

NOVOTNY, R.; LI, F.; FIALKOWSKI, M.K.; BERSAMIN, A.; TUFA, A.; DEENIK, J.; COLEMAN, P.; GUERRERO, R.L.; WILKENS, L.R. Prevalence of obesity and acanthosis nigricans among young children in the children's healthy living program in the United States Affiliated Pacific. **Medicine (Baltimore)**, v. 95, n. 37, p. 1-6, 2016.

OLIVEIRA, R.C.; MEDEIROS, C.C.M.M. **Síndrome metabólica e aterosclerose subclínica em adolescentes: uma avaliação dos critérios diagnósticos**. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Departamento de Saúde Pública, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Curso de Capacitación sobre la evaluación del crecimiento del niño**. Ginebra, OMS, 2008. Disponível em: <[OMS Curso de capacitación para la evaluación de crecimiento del niño \(who.int\)](http://www.who.int)>. Acesso em: fev 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Curvas de crescimento da organização mundial da saúde**. Atenção primária à saúde. Disponível em: <[Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde \(saude.gov.br\)](http://portal.saude.gov.br)>. Acesso em: fev de 2021.

PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE. **Atenção primária à saúde e informações antropométricas:** Brasil / IBGE, 2020. Disponível em: <liv101758.pdf (ibge.gov.br)>. Acesso em: fev 2021.

PESQUISA DE ORÇAMENTOS FAMILIARES 2008-2009. **Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil.** Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/campina-grande/panorama>>. Acesso em: 26 de março de 2018.

PIMENTA, T.A.M.; ROCHA, R.; MARCONDES, N.A.V. Políticas Públicas de Intervenção na Obesidade Infantil no Brasil: uma Breve Análise da Política Nacional de Alimentação e Nutrição e Política Nacional de Promoção da Saúde. **UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde**, v. 17, n. 2, p. 139-46, 2015.

PINHEIRO, T.A.; JORGE, A.S.B.; ANDRADE, J.M.O.; PINHEIRO, T.A.; FERREIRA, E.C.N.; CRESPO, T.S. Obesity and malnutrition similarly alters the renin-angiotensin system and inflammation in mice and human adipose. **The Journal of Nutritional Biochemistry**, v.48, p. 74-82, 2017.

PIZZI, J.; SILVA, L.R.; MOSER, D.; LEITE, N. Relação entre aterosclerose subclínica, pressão arterial e perfil lipídico em crianças e adolescentes obesos: uma revisão sistemática. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 57, n. 1, p. 1-6, 2013.

POWELL, S.B.; ENGELKE, M.K.; NEIL, J.A. Seizing the Moment: Experiences of School Nurses Caring for Students With Overweight and Obesity Powell SB, Engelke MK, Neil JÁ. **The Journal of School Nursing**, v. 20, n. 10, p. 1-10, 2017.

QUADROS, F.F.; GUTIERREZ, L.L.P.; RIBEIRO, J.L. Obesidade e fatores de risco cardiovascular em filhos de obesos: uma revisão. **Scientia Medica**, v. 23, n. 2, p. 119-26, 2013.

RACHAEL, W.T.; SHEILA, M.W.; ANNA, M.D.; JILLIAN, J.H.; DEIRDRE, A.B. Parental motivation to change body weight in young overweight children. **Public Health Nutrition**, v. 18, n. 10, p. 1807–814, 2014.

RAMOS, D.B.N.; BURLANDY, L.; DIAS, P.C.; HENRIQUES, P.; CASTRO, L.M.C.; TEIXEIRA, M.R.M.; BOCCA, C.R.; ARAUJO, T.S.; CALDAS, F.A.; SOUZA, T.R.; SOUZA, S.R.; CRUZ, M.C.C. Propostas governamentais brasileiras de ações de prevenção e controle do sobrepeso e obesidade sob perspectiva municipal. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 6, p. 1-18, 2020.

REIS, C.E.G.; VASCONCELOS, I.A.L.; BARROS, J.F.N. Políticas públicas de nutrição para o controle da obesidade infantil. **Rev Paul Pediatr**, v. 29, n. 4, p. 625-33, 2011.

REUTER, C.P.; BRAND, C.; SILVA, P.T.; REUTER, E.M.; RENNER, J.D.P.; FRANKE, S.I.R.; MELLO, E.D.; BURGOS, L.T.; SCHNEIDERS, L.B.; BURGOS, M.S. Relação entre Dislipidemia, Fatores Culturais e Aptidão Cardiorrespiratória em Escolares. **Arq Bras Cardiol**, v. 112, n. 6, p. 729-736, 2019.

RIISER, K.; LONDAL, K.; OMMUNDSEN, Y.; STUEN, M.C.S.; MISVAER, N.; HELSETH, S. The Outcomes of a 12-Week Internet Intervention Aimed at Improving Fitness and Health-Related Quality of Life in Overweight Adolescents: The Young & Active Controlled Trial, **Plos One**, v. 9, n. 12, p. 1-21, 2014.

SAMPIERI, R.H.; COLLADO, C.F.; LUCIO, M.P.B. **Metodologia de pesquisa**. 5ª Edição. São Paulo: Editora Penso, 2014.

SHARON, M. F.R.U.H. Obesity: Risk factors, complications, and strategies for sustainable long-term weight management. **Journal of the American Association of Nurse Practitioners**, v. 29, n. S1, p. S3–S14, 2017.

SILVEIRA, J.A.C.; TADDEI, J.A.A.C.; GUERRA, P.H.; NOBRE, M.R. Effectiveness of school-based nutrition education interventions to prevent and reduce excessive weight gain in children and adolescents: a systematic review. **J Pediatr**, v. 87, n. 5, p. 382–92, 2011.

SJUNNESTRAND, N. K.; ELI, K.; NOWICKA, P.; EK, A. Planting a seed - child health care nurses' perceptions of speaking to parents about overweight and obesity: a qualitative study within the STOP Project. **BMC Public Health**, (19): 1494, 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Rev. Bras Hipertens**, v. 17, n. 1, p. 53-62, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Manual de Orientação - Promoção da Atividade Física na Infância e Adolescência**. Nº 1, Julho de 2017. Disponível em: <19890d-MO-Promo AtivFisica na Inf e Adoles.indd (sbp.com.br>. Acesso em: fev 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA: **Obesidade na infância e adolescência. Manual de Orientação. Sociedade Brasileira de Pediatria**. Departamento Científico de Nutrologia. 2ª. Ed. São Paulo: SBP, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Obesidade na infância e adolescência: manual de orientação**. Departamento Científico de Nutrologia. 3ª. Ed. São Paulo: SBP, 2019.

SOUSA, A.T.O.; FORMIGA, N.S.; OLIVEIRA, S.H.S.; COSTA, M.M.L.; SOARES, M.J.G.O. A utilização da teoria da aprendizagem significativa no ensino da Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 68, n. 4, p. 713-22, 2015.

SOUZA, N.P.; LIRA, P.I.C.; FONTBONNE, A.; PINTO, F.C.L.; CESSE, E.A.P. A (des)nutrição e o novo padrão epidemiológico em um contexto de desenvolvimento e desigualdades. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 7, p. 2257-66, 2017.

SPERLING, S. Estratégia de Saúde da Família: a melhor aposta para um sistema de saúde orientado para a proteção de pessoas e conquistas civilizatórias. **Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**, v. 11, n. 4, p. 2-7. 2017.

TANDA, R.; BEVERLY, E.A.; HUGHES, K. Factors associated with Ohio nurse practitioners' childhood obesity preventive practice patterns. **Journal of the American Association of Nurse Practitioners**, v. 29, n. 12, p. 763–72, 2017.

VALLABHAN, M.K.; KONG, A.S.; JIMENEZ, E.Y.; SUMMERS, L.C.; BLIECK, C.J.; EWING, S.W.F. Training Primary Care Providers in the Use of Motivational Interviewing for Youth Behavior Change. **Res Theory Nurs Pract**, v. 3, n. 3, p. 219–32, 2017.

VIANA, D.M.; ARAÚJO, R.S.; VIEIRA, R.M.; NOGUEIRA, C.A.; OLIVEIRA, V.C.; RENNÓ, H.M.S. A educação permanente em saúde na perspectiva do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **R. Enferm. Cent. O. Min**, v. 5, n. 2, p. 1658-68, 2015.

VIGITEL BRASIL. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <[vigitel-brasil-2019-vigilancia-fatores-risco.pdf \(saude.gov.br\)](https://www.saude.gov.br/vigitel-brasil-2019-vigilancia-fatores-risco.pdf)>. Acesso em: fev 2021.

WOLFA, V.L.W.; MARTINA, J.E.S.S.; SOUSA, S.F.; SANTOS, H.D.O.; FOLMANN, A.G.; ROBERTO, R.R.; JÚNIOR, G.G. Efetividade de programas de intervenção para obesidade com base em orientações para escolares adolescentes: revisão sistemática. **Rev Paul Pediatr**, v. 37, n. 1, p. 110-120, 2019.

YAN, Y.; HOU, D.; ZHAO, X. Childhood Adiposity and Nonalcoholic Fatty Liver Disease in Adulthood. **Pediatrics**, v. 139, n. 4, p. 27-38, 2017.

YAVARI, A.; STOCKER, C.J.; GHAFARI, S.; CAWTHORNE, A.M.; WATKINS, H. Chronic Activation of 2 AMPK Induces Obesity and Reduces Cell Function. **Cell Metabolism**, v. 23, n. 5, p. 821–36, 2016.

YEAGER, L.J.; KARP, S.M.; LEE, T.S.L. Barriers to the Implementation of Pediatric Overweight and Obesity Guidelines in a School-Based Health Center. **Nurs Clin North Am**, v. 54, n. 1, p. 159–168, 2019.

YI, M.; LI, H.; WU, Z.; YANA, J.; LIUA, Q.; OUA, C.; BIOCHEM, M.C. A Promising Therapeutic Target for Metabolic Diseases: Neuropeptide Y Receptors in Humans. **Cell Physiol Biochem**, v. 45, n. 1, p. 88-107, 2018.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA QUALITATIVA

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MANEJO DO SOBREPESO E OBESIDADE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES POR
ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

Avaliação do conhecimento e da prática do sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes
por enfermeiros da estratégia saúde da família

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Como você tem realizado o cuidado à criança e ao adolescente com sobrepeso ou obesidade?

APÊNDICE B- FORMULÁRIO QUANTITATIVO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MANEJO DO SOBREPESO E OBESIDADE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES POR
ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Avaliação do conhecimento e da prática do sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes
 por enfermeiras da estratégia saúde da família

Nº do formulário: _____

Unidade Básica de Saúde (UBS): _____ Distrito: _____

Endereço da Unidade: _____

Telefone para contato: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Data da entrevista: ____/____/____

Nome da Unidade Básica de Saúde: _____

Nome da Equipe da Estratégia de Saúde da Família _____

Sexo: () Feminino () Masculino Idade: _____

1. FORMAÇÃO E TEMPO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO

1.1 () Graduação. Ano de conclusão _____

1.2 () Especialização. Ano de conclusão _____ Qual? _____

1.3 () Mestrado. Ano de conclusão _____ Qual? _____

1.4 () Doutorado Ano de conclusão _____ Qual? _____

1.5 Há quanto tempo você trabalha nesta UBS? _____

1.6 Anteriormente, já trabalhou na atenção básica? Quanto tempo?

() Sim. _____ () Não

2. ANTROPOMETRIA

2.1 O que tem na sua UBS para avaliação do estado nutricional

PERG 2.1	
----------	--

() balança () estadiômetro () calculadora () curvas de percentil ou de escore-z () caderneta da criança () caderneta do adolescente () Outros: _____

2.2 Na UBS, você avalia o estado nutricional da criança?

PERG 2.2	
----------	--

() Nunca () Raramente () Às vezes () Sempre

2.3 Na UBS, você avalia o estado nutricional do adolescente?

PERG 2.2	
----------	--

() Nunca () Raramente () Às vezes () Sempre

2.4 Você registra o estado nutricional na caderneta da criança e do adolescente?

PERG 2.3	
----------	--

() Nunca () Raramente () Às vezes () Sempre

2.5 Você registra o estado nutricional na caderneta do adolescente?

PERG 2.3	
----------	--

() Nunca () Raramente () Às vezes () Sempre

2.6 Você utiliza as curvas da organização mundial da saúde (OMS) para avaliação e acompanhamento do estado nutricional na caderneta da criança e do adolescente?

PERG 2.4	
----------	--

() Nunca () Raramente () Às vezes () Sempre

2.7 Você utiliza as curvas da organização mundial da saúde (OMS) para avaliação e acompanhamento do estado nutricional na caderneta do adolescente?

PERG 2.4	
----------	--

() Nunca () Raramente () Às vezes () Sempre

2.8 Durante a consulta você faz a aferição da circunferência abdominal?

PERG 2.5	
----------	--

() Nunca () Raramente () Às vezes () Sempre

2.9 É você que realiza a avaliação antropométrica?

PERG 2.6	
----------	--

() Nunca () Raramente () Às vezes () Sempre

3. ANAMNESE

3.1 Na anamnese de crianças e adolescentes o que você realiza?

PERG 3.1	
----------	--

() Aplica a ficha do SISVAN () Avalia atividade física e sedentarismo () Investiga o histórico familiar de doenças cardiovasculares

3.2 Quando a criança é diagnosticada com excesso de peso, o que você realiza:

PERG 3.3	
----------	--

() Orientações acerca da alimentação na consulta de enfermagem

() Orientações acerca da atividade física na consulta de enfermagem () Orientações acerca da alimentação e atividade física em grupos para crianças e adolescentes com excesso de peso

() Solicita exames. Quais? _____

() Encaminha para outros profissionais ou outro setor de assistência. Quais? _____

4. MORBIDADES ASSOCIADAS À OBESIDADE

4.1 Na UBS que você trabalha tem tensiômetro para a verificação da PA de:

PERG 4.1	
----------	--

() Adultos () Crianças () Adolescentes () Não tem tensiômetro

4.2 Quando a criança está com excesso de peso, você avalia a pressão arterial dela?

PERG 4.2	
----------	--

() Nunca () Raramente () Às vezes () Sempre

4.3 Quando a criança ou adolescente está com excesso de peso, você solicita exames que avaliam a glicemia?

PERG 4.3	
----------	--

() Nunca () Raramente () Às vezes () Sempre

4.4 Quando a criança ou adolescente está com excesso de peso, você solicita exames que avaliam a dislipidemia?

PERG 4.4	
----------	--

() Nunca () Raramente () Às vezes () Sempre

5. AÇÕES DO ENFERMEIRO NO PSE

5.1 Você realiza ações do Programa Saúde na Escola (PSE)? Quantas vezes ao ano você faz ações relacionadas ao controle e prevenção da obesidade?

PERG 5.2	
----------	--

() Sim. _____

() Não.

5.2 Quais ações do PSE você realiza na escola em relação ao controle e prevenção da obesidade?

PERG 5.3	
----------	--

() Antropometria e anamnese () Ações educativas sobre alimentação saudável e atividade física () Avaliação da pressão arterial sistêmica em crianças e adolescentes com excesso de peso () Solicita exames para avaliação da glicemia em crianças e adolescentes com excesso de peso () Solicita exames para avaliação de dislipidemias em crianças e adolescentes com excesso de peso () Nenhuma das alternativas anteriores () Aborda outros temas nas ações do PSE. Quais? _____ () Não realiza ações do PSE

6. INTERVENÇÃO EDUCATIVA

6.1 Você já participou de alguma intervenção educativa sobre obesidade?

PERG 6.1	
----------	--

() Sim () Não

6.2 Teria interesse em participar de uma intervenção educativa envolvendo o tema de obesidade para crianças e adolescentes?

PERG 6.2	
----------	--

() Sim () Não

APÊNDICE C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre o Manejo do sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes por enfermeiros da estratégia saúde da família e está sendo desenvolvida pela pesquisadora Renata Cardoso Oliveira do Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Prof^a Dr^a Neusa Collet.

O objetivo geral do estudo é avaliar o manejo de crianças e adolescentes com sobrepeso ou obesidade, por Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família.

A finalidade deste trabalho é contribuir, para comunidade científica, com um panorama sobre o conhecimento e a prática dos profissionais de Enfermagem da ESF acerca do sobrepeso e obesidade na infância e na adolescência.

Solicitamos a sua colaboração aos seguintes procedimentos: será avaliado o seu conhecimento e a sua prática por meio de entrevista e aplicação de formulário sobre o manejo do sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes.

Solicitamos também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o (a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa ou Responsável Legal

Contato da Pesquisadora: (83) 9-98963846

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora Renata Cardoso Oliveira.

Ou

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba

Campus I - Cidade Universitária - 1º Andar – CEP 58051-900 – João Pessoa/PB

☐ (83) 3216-7791 – E-mail: **comitedeetica@ccs.ufpb.br**

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

ANEXO-A PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: MANEJO DO SOBREPESO E OBESIDADE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES POR ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA UM ESTUDO DE INTERVENÇÃO

Pesquisador: RENATA CARDOSO OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 10627619.9.0000.5188

Instituição Proponente: Centro De Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.347.249

Apresentação do Projeto:

Estudo de intervenção com uso de métodos mistos do tipo convergente a ser realizado com enfermeiros da ESF das UBS do município de Campina Grande, Paraíba, Brasil.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o conhecimento e a prática dos enfermeiros da Estratégia Sade da Família sobre o manejo de crianças e adolescentes com sobrepeso ou obesidade, antes e após intervenção educativa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco - desconforto do enfermeiro ao ser entrevistado. No entanto, serão utilizados mecanismos que o minimize, tais como: confidencialidade das respostas; anonimato; garantia de sigilo e participação voluntária.

Benefícios - apresentar panorama sobre o conhecimento e a prática dos profissionais de Enfermagem da ESF acerca do sobrepeso e obesidade na infância e na adolescência, antes e após intervenção educativa e melhorar tal prática.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

**UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA**



Continuação do Parecer: 3.347.249

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou todos os documentos e termos obrigatórios.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Atendeu a todas as pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1314824.pdf	30/04/2019 11:13:29		Aceito

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1314824.pdf	30/04/2019 10:32:12		Aceito
Cronograma	CRONOGR2.docx	29/04/2019 16:06:10	RENATA CARDOSO OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.doc	29/04/2019 14:28:00	RENATA CARDOSO OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	18/03/2019 15:42:28	RENATA CARDOSO OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA.PDF	18/03/2019 14:17:58	RENATA CARDOSO OLIVEIRA	Aceito
Outros	CERTIDAO.pdf	18/03/2019 14:13:27	RENATA CARDOSO OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia.pdf	18/03/2019 14:11:09	RENATA CARDOSO OLIVEIRA	Aceito
Outros	instrumentos.pdf	16/03/2019 21:25:25	RENATA CARDOSO OLIVEIRA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	15/03/2019 14:07:23	RENATA CARDOSO OLIVEIRA	Aceito

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA



Continuação do Parecer: 3.347.249

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOÃO PESSOA, 24 de Maio de 2019

Assinado por:

Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador(a))

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

ANEXO- B EMENDA DO COMITÊ DE ÉTICA



DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: MANEJO DO SOBREPESO E OBESIDADE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES POR ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: RENATA CARDOSO OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 10627619.9.0000.5188

Instituição Proponente: Centro De Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.174.864

Apresentação do Projeto:

Estudo de intervenção com uso de métodos mistos do tipo convergente a ser realizado com enfermeiros da ESF das UBS do município de Campina Grande, Paraíba, Brasil.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o conhecimento e a prática dos enfermeiros da Estratégia Sade da Família sobre o manejo de crianças e adolescentes com sobrepeso ou obesidade, antes e após intervenção educativa

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco - desconforto do enfermeiro ao ser entrevistado. No entanto, serão utilizados mecanismos que o minimize, tais como: confidencialidade das respostas; anonimato; garantia de sigilo e participação voluntária.

Benefícios - apresentar panorama sobre o conhecimento e a prática dos profissionais de Enfermagem da ESF acerca do sobrepeso e obesidade na infância e na adolescência, antes e após intervenção educativa e melhorar tal prática.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisadora informou a inviabilidade de realizar duas etapas previstas por conta da pandemic pela COVID-19, pois o método previsto não permite aplicação remota.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou os documentos e termos obrigatórios.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Apresentou justificativa pertinente para a emenda solicitada

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1587968_E1.pdf	07/07/2020 10:28:51		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOEMENDA.docx	02/07/2020 18:04:55	RENATA CARDOSO OLIVEIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAEMENDA.docx	02/07/2020 18:03:30	RENATA CARDOSO OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	SCANFOLHA.pdf	02/07/2020 17:58:45	RENATA CARDOSO OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.doc	29/04/2019 14:28:00	RENATA CARDOSO OLIVEIRA	Aceito
Outros	CERTIDAO.pdf	18/03/2019 14:13:27	RENATA CARDOSO OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia.pdf	18/03/2019 14:11:09	RENATA CARDOSO OLIVEIRA	Aceito
Outros	instrumentos.pdf	16/03/2019 21:25:25	RENATA CARDOSO OLIVEIRA	Aceito

Orçamento	ORCAMENTO.pdf	15/03/2019 14:07:23	RENATA CARDOSO OLIVEIRA	Aceito
-----------	---------------	------------------------	----------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 27 de
Julho de 2020

Assinado por:

**Eliane Marques Duarte de
Sousa (Coordenador)**