



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO” FACULDADE DE MEDICINA

Marina Bollini e Silva

SOBREPESO E OBESIDADE INFANTIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PERCEPÇÕES DOS MÉDICOS E ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM BOTUCATU-SP.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Curso de Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para a obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Eliana Goldfarb Cyrino

Coorientadora: Profa. Dra. Cátia Regina Branco da Fonseca

Botucatu

2019

Marina Bollini e Silva

**SOBREPESO E OBESIDADE INFANTIL NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PERCEPÇÕES
DOS MÉDICOS E ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM BOTUCATU-SP.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Curso de Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para a obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Eliana Goldfarb Cyrino
Coorientadora: Profa. Dra. Cátia Regina Branco da Fonseca

Botucatu

2019

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCN. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Silva, Marina Bollini e.

Sobrepeso e obesidade infantil na atenção primária à saúde
: percepções dos médicos e enfermeiros da estratégia de saúde
da família em Botucatu-SP / Marina Bollini e Silva. - Botucatu,
2019

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu
Orientador: Eliana Goldfarb Cyrino
Coorientador: Cátia Regina Branco da Fonseca
Capes: 40602001

1. Atenção primária à saúde. 2. Estratégia saúde da família.
3. Obesidade em crianças. 4. Pessoal de saúde. 5. Sobrepeso.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da
Família; Obesidade infantil; Profissional da Saúde; Sobrepeso.

DEDICATÓRIA

À minha mãe, por ser meu pilar, minha força para poder seguir. Agradeço-te pelo seu apoio, pois sem ele muitos dos meus sonhos não se realizariam. Obrigada por sempre embarcar nas minhas “loucuras” e me permitir um mundo de possibilidades.

AGRADECIMENTO

À minha família, ao meu marido, à minha filha e ao meu filho, pela compreensão da minha ausência, pela paciência, pelo incentivo e, principalmente, pelo amor.

Ao meu pai por sua capacidade de acreditar em mim, pelo incentivo e parceria.

À minha amada madrinha, que, mesmo longe, torce por mim, me apóia e me dá força e coragem para continuar.

À minha irmã, que literalmente colocou a “mão na massa” e me ajudou a concretizar esse projeto. Te amo!

Às minhas queridas orientadoras, pelo convívio, pela maneira de ensinar e compartilhar seus conhecimentos, pelo amor ao que fazem, e pelo exemplo de profissional no qual sempre vou me espelhar.

Aos médicos e enfermeiros da ESF de Botucatu, por despendem tempo do seu dia de trabalho para me ajudar com esta pesquisa e contribuir para uma melhor qualificação da assistência à criança com sobrepeso e obesidade.

RESUMO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta a obesidade como um dos maiores problemas de saúde pública no mundo. Este fato é bastante preocupante, pois a associação da obesidade com alterações metabólicas, como a dislipidemia, a hipertensão e a intolerância à glicose, considerados fatores de risco para o diabetes melitus tipo 2 e as doenças cardiovasculares até alguns anos atrás eram mais evidentes em adultos; no entanto, hoje já podem ser observadas frequentemente na faixa etária mais jovem. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2017), estima-se que 7,3% das crianças menores de cinco anos estão acima do peso, sendo as meninas as mais afetadas, com 7,7%. Essa situação gera impactos importantes na saúde e deve ser um tema prioritário nas agendas dos profissionais da saúde e das autoridades. Esta pesquisa está voltada a reconhecer conhecimentos e práticas na percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família (ESF) sobre o sobrepeso e a obesidade infantil. Entende-se que compreender a percepção da atenção à criança com sobrepeso e obesidade é relevante para que se possa delinear como estes se apresentam na atenção básica, contribuindo para a reflexão sobre as políticas públicas na área e para a melhoria da qualidade das práticas de saúde dirigidas às crianças e à comunidade. Trata-se de uma pesquisa descritiva que utiliza um questionário semiestruturado para identificação e caracterização dos sujeitos da pesquisa e uma entrevista com roteiro em abordagem qualitativa que busca identificar as percepções dos médicos e dos enfermeiros das unidades da ESF do município de Botucatu acerca da atenção à saúde e da importância da abordagem e manejo do sobrepeso e da obesidade infantil na Atenção Primária. Os dados qualitativos foram analisados a partir da construção de categorias temáticas. O presente estudo foi aprovado pelo CEP-FMB UNESP, sob o número 79790417.4.0000.5411/2017. Como resultados, destacamos que foram entrevistados 100% dos médicos e enfermeiros que atuam na ESF do município de Botucatu e como características encontrou-se que a maioria dos profissionais é jovem, do sexo feminino e cerca de 50% deles com alguma especialização ou residência em Saúde da Família ou em outra área. Embora a maioria tenha referido ênfase na atenção primária durante a graduação, poucos referiram ter tido ênfase no atendimento à criança com sobrepeso ou obesidade. A análise qualitativa das entrevistas permitiu identificar 8 categorias temáticas: Embora

a obesidade infantil seja identificada como um problema, ela não é considerada como prioridade no trabalho dos médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família; os pais como o centro do cuidado da criança com sobrepeso ou obesidade; caminhos desconhecidos para o diagnóstico da criança com obesidade; percepção da dificuldade de mudança de hábito da família para o cuidado da criança; preconceito em relação às atitudes da criança obesa e sua família; existência de profissionais mais sensibilizados em relação ao tema; reconhecimento da existência do trabalho em equipe na ESF e falta de relação intersetorial. Destacamos a percepção da dificuldade do cuidado integral às crianças com sobrepeso ou obesidade e a falta de um protocolo de atendimento para o correto diagnóstico e abordagem deste tema. Também foi possível destacar que o NASF tem papel fundamental no cuidado a esse grupo populacional e que o trabalho com os pais é considerado primordial. Foi possível identificar falas muito preconceituosas e que de certa forma não têm uma compreensão mais ampla em relação à presença da obesidade na criança ou na família. Como considerações finais, espera-se, com esse trabalho, contribuir para a qualificação da atenção à criança com sobrepeso ou obesidade a partir da percepção das principais dificuldades identificadas nessa pesquisa e propor ações para o enfrentamento desse problema na Estratégia de Saúde da Família.

Palavras-Chave: Sobrepeso, Obesidade infantil, Atenção Primária à Saúde, Profissional da Saúde, Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

The World Health Organization (WHO) points to obesity as one of the biggest public health problems in the world. This fact is very worrying, since the association of obesity with metabolic alterations, such as dyslipidemia, hypertension and glucose intolerance, considered risk factors for type 2 diabetes mellitus and cardiovascular diseases until a few years ago were more evident in adults; however, they can now be seen frequently in the younger age group. According to data from the World Health Organization (WHO, 2017), it is estimated that 7.3% of children under five years of age are overweight, with girls being the most affected, with 7.7%. This situation generates important impacts on health and should be a priority issue in the agendas of health professionals and authorities. This research is aimed at recognizing knowledge and practices in the perception of physicians and nurses of the Family Health Strategy (FHS) on overweight and childhood obesity. It is understood that understanding the perception of attention to overweight and obese children is relevant so that it can be delineated as they appear in primary care, contributing to the reflection on public policies in the area and to improving the quality of health practices aimed at children and the community. This is a descriptive research that uses a semi-structured questionnaire for the identification and characterization of research subjects and a questionnaire interview with a qualitative approach that seeks to identify the perceptions of the physicians and nurses of the FHS units of the city of Botucatu about health care and the importance of approach and management of overweight and childhood obesity in Primary Care. The qualitative data were analyzed with the construction of thematic categories. The present study was approved by CEP-FMB UNESP, under the number 79790417.4.0000.5411 / 2017. As a result, we emphasize that 100% of the physicians and nurses who work in the ESF of the city of Botucatu were interviewed, and that as characteristics it was found that the majority of the professionals are young, female and about 50% of them with some specialization or residence in Family Health or in another area. Although most emphasized primary care during graduation, few reported having had an emphasis on care for overweight or obese children. The qualitative analysis of the interviews allowed us to identify 8 thematic categories: Although childhood obesity is identified as a problem, it is not considered as a priority in the work of the physicians and nurses of the Family Health Strategy;

parents as the center of child care that is overweight or obese; inconsistent paths for the diagnosis of children with obesity; perception of the difficulty of changing the family habit for the care of the child; prejudice regarding the attitudes of the obese child and his / her family; existence of professionals more aware of the theme; recognition of the existence of teamwork in the ESF and lack of intersectoral relationship. We highlight the perception of the difficulty of comprehensive care for overweight or obese children and the lack of a care protocol for the correct diagnosis and approach of this topic. It was also possible to highlight that the NASF plays a fundamental role in caring for this population group and that working with parents is considered paramount. It was possible to identify very prejudiced speeches and that in some ways do not have a broader understanding regarding the presence of obesity in the child or in the family. As final considerations, this work is expected to contribute to the qualification of care for overweight or obese children based on the perception of the main difficulties identified in this research and propose actions to address this problem in the Family Health Strategy.

Key-words: Overweight, Pediatric Obesity, Primary Health Care, Health Personnel, Family Health Strategy.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVOS	18
2.1. Objetivo geral	18
2.2. Objetivos específicos	18
3. METODOLOGIA.....	19
3.1. Comitê de ética	20
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
4.1. Identificação e caracterização dos sujeitos da pesquisa.....	21
4.2. Análise do conteúdo das entrevistas	28
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
ANEXOS	61
1. Classificação internacional da obesidade segundo o índice de massa corporal (IMC) e risco de doença (OMS).....	61
2. Curvas de IMC da Organização Mundial da Saúde (OMS)	61
3. Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	64
4. Termo de Consentimento	65
6. Transcrição das entrevistas realizadas	69

Trajatória pessoal e contextualização com o tema escolhido para a pesquisa

Ao me formar, iniciei imediatamente meu trabalho na Estratégia da Saúde da Família. Sempre foi um sonho poder ajudar o próximo, principalmente a população mais carente e dependente do SUS para uma adequada prevenção e promoção à saúde, além de tratamento e acompanhamento médico dignos.

Desde o início, fui preceptora dos alunos do 6º ano da medicina que passam nas unidades da Estratégia da Saúde da Família durante o estágio da disciplina de Saúde Coletiva. Sempre me identifiquei muito com esses alunos, suas expectativas e seus anseios com o término da graduação. Sempre tentei passar minhas experiências na atuação como médica do SUS e criar uma relação integradora entre o serviço de saúde, os profissionais que nele atuam, os estudantes e os pacientes. Trocamos experiências e é um aprendizado mútuo.

Além disso, sou preceptora também dos alunos do 3º ano da medicina do Programa de Interação Universidade-Serviço-Comunidade (IUSC) desde 2009 e também preceptora dos alunos do 6º ano da disciplina de Ginecologia e Obstetrícia.

O trabalho com alunos já é, por si só, uma tarefa de grande responsabilidade (e habilidade!), e quando associamos a isso um bom atendimento à população, torna-se um trabalho “duplamente qualificado” (aprendizado + assistência), que nos exige grande disponibilidade e capacitação.

Não é fácil introduzirmos o aluno ao atendimento médico integral, pois, até então, tinham apenas vivenciado uma medicina fragmentada em sistemas. Ao colocarmos os alunos dentro de uma “Unidade Básica de Saúde” (no caso, do Programa Saúde da Família) notamos uma grande dificuldade da parte destes em analisar o paciente como um todo (que na verdade nos mostra a grande complexidade destas unidades de saúde, que de “básicas” não têm nada!).

Ao olhar o paciente com uma visão mais estendida, começamos a entender o porquê de que muitas vezes um tratamento que parece tão simples do ponto de vista médico/orgânico, se transforma em uma verdadeira luta médico *versus* paciente *versus* doença. Percebemos o obstáculo socioeconômico e cultural que existe (dificuldade financeira de comprar as medicações, analfabetismo, não

entendimento do tratamento proposto, problemas familiares...) e que isso provavelmente não mudará. Resta, então, entender o contexto e estabelecer a melhor conduta diante desta realidade (e fazer o seu máximo!).

Interessei-me pelo Mestrado Profissional em Saúde da Família pois sempre foi uma paixão poder ensinar. Aliado a isso, busco uma melhor qualificação para poder fortalecer as atividades educacionais aos alunos da graduação de medicina nas Unidades da Saúde da Família, proporcionando uma visão mais ampliada em relação aos pacientes e contribuir, assim, para a melhoria do atendimento aos usuários do SUS.

Um desejo antigo também era melhor me qualificar para o atendimento na área de Nutrologia, principalmente para o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade.

Quando criança eu fiquei acima do peso desejado, e vi como é difícil lidar com a obesidade. Existe muito preconceito em relação a este problema, e isso gera muito sofrimento e baixa autoestima. Além disso, a obesidade é um fator de risco para várias outras doenças que podem incapacitar o indivíduo. Vi como é importante o apoio de toda a família para ter sucesso neste processo, e sempre tento ter um olhar mais atento para os meus pacientes em relação a isso.

Há 2 anos realizei Pós-Graduação em Nutrologia e prestei a prova de título da Associação Brasileira de Nutrologia, me tornando uma especialista na área, no ano de 2018.

Pesquisar a percepção dos profissionais da ESF em relação ao sobrepeso e a obesidade infantil é uma forma de mobilizá-los a dar mais atenção a este tema. Acredito ser mais fácil mudarmos a realidade que o Brasil e o mundo enfrentam hoje, uma epidemia chamada OBESIDADE, prevenindo ou combatendo o ganho exagerado de peso de maneira mais efetiva desde a infância.

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta a obesidade como um dos maiores problemas de saúde pública no mundo. A projeção é que, em 2025, cerca de 2,3 bilhões de adultos estejam com sobrepeso e mais de 700 milhões, obesos. O número de crianças com sobrepeso e obesidade no mundo poderá chegar a 75 milhões, caso nada seja feito (ABESO, 2016).

O número de crianças e adolescentes (de cinco a 19 anos) obesos em todo o mundo aumentou dez vezes nas últimas quatro décadas. Se as tendências atuais continuarem, haverá mais crianças e adolescentes com obesidade do que com desnutrição moderada e grave até 2022, de acordo com um novo estudo liderado pelo Imperial College London e pela Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS, 2017).

As taxas de obesidade em crianças e adolescentes em todo o mundo aumentaram de menos de 1% (equivalente a cinco milhões de meninas e seis milhões de meninos) em 1975 para quase 6% em meninas (50 milhões) e quase 8% em meninos (74 milhões) em 2016. O número de obesos com idade entre cinco e 19 anos cresceu mais de dez vezes, de 11 milhões em 1975 para 124 milhões em 2016 (OPAS/OMS, 2017).

No Brasil, a obesidade também vem crescendo cada vez mais. Alguns levantamentos apontam que mais de 50% da população está acima do peso, ou seja, na faixa de sobrepeso e obesidade. Entre crianças, já estaria em torno de 15% (ABESO, 2016). Este fato é bastante preocupante, pois a associação da obesidade com alterações metabólicas, como a dislipidemia, a hipertensão e a intolerância à glicose, considerados fatores de risco para o diabetes melitus tipo 2 e as doenças cardiovasculares até alguns anos atrás eram mais evidentes em adultos; no entanto, hoje já podem ser observadas frequentemente na faixa etária mais jovem.

Uma criança obesa aumenta a probabilidade de se tornar um adulto obeso, o que pode gerar uma gama de problemas de saúde tendo como consequência até a diminuição da expectativa de vida (PAULINO *et al.*, 2011).

Segundo as Diretrizes Brasileiras de Obesidade (ABESO, 2016), a probabilidade de que uma criança obesa permaneça obesa na idade adulta varia de 20% a 50% antes da puberdade e 50% a 70% após a puberdade. Esse risco de obesidade na idade adulta predispõe a criança obesa a complicações da obesidade na idade adulta. O risco de morte em adultos obesos que foram crianças ou adolescentes obesos em comparação aos adultos magros cuja infância e adolescência foram de peso normal é significativamente maior.

A obesidade e o sobrepeso geram um impacto maior nas mulheres e uma tendência de crescimento entre as crianças, aponta relatório conjunto da Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO) e a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) divulgado recentemente. De acordo com o levantamento, intitulado “Panorama da Segurança Alimentar e Nutricional na América Latina e Caribe” (OPAS, 2017), mais da metade da população brasileira está com sobrepeso e a obesidade já atinge a 20% das pessoas adultas no país.

Segundo o documento acima citado, elaborado com base em dados da Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS, 2017), o sobrepeso em adultos no Brasil passou de 51,1% em 2010, para 54,1% em 2014. A tendência de aumento também foi registrada na avaliação nacional da obesidade. Em 2010, 17,8% da população era obesa; em 2014, o índice chegou aos 20%, sendo a maior prevalência entre as mulheres, 22,7%. Outro dado do relatório é o aumento do sobrepeso infantil. Estima-se que 7,3% das crianças menores de cinco anos estão acima do peso, sendo as meninas as mais afetadas, com 7,7%.

Embora os fatores genéticos possam influenciar a susceptibilidade ao ganho de peso, o consenso é que um estilo de vida sedentário, práticas alimentares inadequadas e mudanças na estrutura familiar contribuem para esta epidemia. A urbanização e outros fatores ambientais trazem mudanças profundas nos hábitos, especialmente no que se refere aos hábitos alimentares e à atividade física (OGDEN *et al*, 2014). No Brasil, a globalização econômica e a mídia contribuíram para mudanças significativas em relação à dieta (com uso mais difundido de alimentos processados e ultraprocessados em detrimento de preparações mais tradicionais) e aos hábitos familiares, como ter todas as refeições juntas (ONIS; BLÖSSNER; BORGHI, 2010; CECCHETTO; PENA; PELLANDA, 2017).

A OMS diz que a prevalência de obesidade em crianças reflete mudanças comportamentais que privilegiam dietas não saudáveis e inatividade física. A urbanização, o aumento da renda, a disponibilidade de *fast food*, o aumento das demandas educacionais e do tempo diante da televisão e de videogames levaram a uma elevação no consumo de alimentos ricos em gorduras, açúcar e sal e menores níveis de atividade física.

O contexto sócio familiar é entendido como fator de grande influência na condição de obesidade nas crianças. Na população infanto-juvenil, por exemplo, o fator ambiental prevalece em detrimento dos desejos individuais uma vez que essa população é dependente de uma organização e funcionamento familiar já instituídos. Situação essa que, em geral, os adultos enfrentam com maior autonomia. O estudo de Tassara *et al.* (2010) observou que as vivências maternas de sofrimento podem acarretar em cuidados excessivos com os filhos, provocando uma relação simbiótica negativa que mais tarde pode ser revertida em características como dificuldades nas relações interpessoais, comportamentos de isolamento social e dependência.

Outro aspecto que a literatura aponta como fator de risco para a obesidade infantil é o fato de os pais serem obesos. Sem desprezar os componentes genéticos envolvidos, pode-se relacionar a obesidade infantil às questões de aprendizagem de hábitos alimentares e da reedição da obesidade a partir da identificação com os pais (MARTIN *et al.*, 2016; TASSARA *et al.*, 2010).

Outros comportamentos ansiosos, como o consumo alimentar excessivo, comer depressa e comer em frente à televisão, também foram associados à obesidade. Os autores concluíram que os hábitos de vida familiares são os fatores de intervenção mais importantes no tratamento do sobrepeso e da obesidade infantil e que os aspectos emocionais estão sempre relacionados como causa ou consequência dessa enfermidade (TASSARA *et al.*, 2010; OLIVEIRA, 2010).

Além da interferência de fatores genéticos, biológicos, comportamentais, psicológicos e sociais, a questão do sobrepeso e obesidade possui outros atravessamentos ao passo que evolui para o âmbito da saúde pública na fase de diagnóstico e tratamento. Como outras doenças crônicas, uma vez instalada, vem adquirindo proporções maiores ao longo dos anos e onerando com altos investimentos em termos de saúde pública (DIAS *et al.*, 2008).

Segundo a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO), em adultos, o padrão internacional para diagnóstico da obesidade é o índice de massa corporal (IMC) (anexo I) e, em crianças e adolescentes, a classificação de sobrepeso e obesidade, segundo este é mais arbitrária, não se correlacionando com morbidade e mortalidade da forma como se define em adultos. Também em crianças, o IMC associa-se, de modo significativo, à adiposidade. Em razão da variação da corpulência durante o crescimento, a interpretação difere de acordo com o sexo e a faixa etária.

O limite de normalidade, bem como os diagnósticos de sobrepeso e obesidade são estabelecidos por curvas de IMC específicas para idade e sexo. O Brasil adota as curvas da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2006), disponíveis para meninas e meninos nas faixas etárias de 0 a 5 anos e de 5 a 19 anos (anexo II).

Embora tenham sido feitas grandes intervenções de saúde pública para promover uma dieta saudável e atividade física para adultos, a contribuição de intervenções para jovens e crianças para reduzir o risco de obesidade na vida adulta não foi significativamente priorizada, segundo a Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS, 2017).

Assim, a tendência de aumento na prevalência de sobrepeso e obesidade nessa faixa etária é um fato que preocupa não só a população, mas também a comunidade científica e que está mobilizando esforços por parte do governo (MARTÍNEZA *et al.*, 2010). Desta forma, o Ministério da Saúde tem reforçado os programas e as iniciativas que buscam mudar o hábito da população e incentivar práticas mais saudáveis (BRASIL, 2014b).

A obesidade é considerada atualmente como uma doença crônica não transmissível (DCNT) e um fator de risco para outras DCNT. Em função da gravidade do tema e seu impacto sobre os sistemas de saúde e a sociedade, em setembro de 2011, a Organização das Nações Unidas (ONU) realizou a Reunião de Alto Nível sobre as DCNT e o Ministério da Saúde lançou, então, um plano de ação nacional. O Plano Brasileiro define e prioriza as ações e os investimentos necessários, estabelece metas e compromissos a serem assumidos pelo Brasil, preparando o país para os desafios das DCNT e seus fatores de risco nos próximos dez anos. Entre as estratégias previstas para a década 2012-2022, estão ações de vigilância, promoção

e cuidado integral da saúde. Nesse processo, as ações da prevenção atuarão a partir dos fatores de risco que podem ser modificados e são comuns aos quatro grupos de DCNT que mais matam: tabagismo, consumo abusivo de álcool, inatividade física e alimentação não saudável. Adicionalmente, os dois últimos fatores de risco resultam, na maioria dos casos, em outra preocupação: sobrepeso e obesidade (MALTA; MORAIS NETO; SILVA JUNIOR, 2011; BRASIL, 2011).

Foram criadas iniciativas adotadas pelo governo brasileiro para promover a alimentação saudável e alertar a população para os riscos da má alimentação. Uma delas é a criação de legislações que regulam a comercialização e a publicidade de alimentos para lactantes e crianças, além de outros alimentos voltados à primeira infância. Também criou a campanha “Brasil Saudável e Sustentável”, que tem por objetivo sensibilizar e alertar a população brasileira dos benefícios da alimentação saudável (OPAS/OMS, 2016).

Segundo estudo realizado na cidade de Botucatu-SP (2008), que investigou a prevalência de sobrepeso e obesidade entre pré-escolares de cinco Centros de Educação Infantil da rede municipal de ensino, uma elevada prevalência de sobrepeso (25,3%) foi verificada entre os estudados, semelhante a dos países desenvolvidos. A prevalência da obesidade neste estudo (12,2%) foi semelhante à relatada para crianças pertencentes às classes socioeconômicas mais favorecidas, em nível nacional, que foi de 10,6% (DIAS, 2008).

É consenso na literatura a necessidade de melhor investigar e identificar entraves no tratamento de pacientes com sobrepeso e obesidade infantil a fim de contribuir com práticas de atuação mais efetivas (DORNELLES; ANTAN; PIZZINATO, 2014; BARROS-FILHO, 2004).

Os médicos e enfermeiros têm um importante papel na promoção de hábitos e alimentação saudáveis, prevenção, identificação de riscos e detecção precoce da obesidade, devendo considerar a família como núcleo de atendimento, a partir de relação dialógica positiva com pais e filhos. Entende-se que a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que até então se concentrava prioritariamente no combate à desnutrição infantil, precisa integrar-se nesse contexto e assimilar novos conceitos

para ampliar suas ações no tocante às doenças metabólicas da infância (ARAÚJO *et al.*, 2012).

Considerando o cenário da saúde pública, além dos usuários, os profissionais também atuam como protagonistas na prevenção e no controle das doenças crônicas e podem revelar entraves enfrentados no tratamento da obesidade (MARTÍN *et al.*, 2016).

A tecnologia é considerada elemento constituinte do processo de trabalho em saúde e, neste sentido, é analisada tanto como saber como por seus desdobramentos materiais e não-materiais na produção dos serviços de saúde. As práticas do trabalho na atenção básica devem incluir diversas tecnologias de maneira adequada, conforme as necessidades de saúde, que são as ações e os serviços de saúde dos quais os sujeitos precisam para ter melhores condições de vida, sem prejuízo do atendimento que requer tecnologias materiais.

Para Merhy (2006), as tecnologias podem ser classificadas como leve, leve-dura e dura. Todas tratam a tecnologia de forma abrangente. As tecnologias leves são as das relações; as leve-duras são as dos saberes estruturados, tais como as teorias, e as duras são as dos recursos materiais.

Pesquisar conhecimentos e práticas de médicos e enfermeiros da ESF sobre o sobrepeso e a obesidade infantil é relevante para que se possa delinear como esses problemas da infância são reconhecidos e enfrentados na atenção básica, contribuindo para a reflexão sobre as políticas públicas na área e para a melhoria da qualidade das práticas de saúde dirigidas às crianças e à comunidade. Nessa conjuntura, o presente estudo objetivou investigar entre os profissionais das ESF da cidade de Botucatu suas percepções e considerações com relação à abordagem do sobrepeso e obesidade infantil na Atenção Primária à Saúde.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Analisar a percepção e a atuação profissional de médicos e enfermeiros no cuidado da criança com sobrepeso e obesidade na ESF de Botucatu-SP.

2.2. Objetivos específicos

- Descrever a formação profissional de médicos e enfermeiros e avaliar a formação para a atenção primária e atenção à criança com sobrepeso e obesidade.
- Identificar as dificuldades clínicas e de estrutura dos serviços para a abordagem destas crianças.
- Identificar a presença do trabalho multiprofissional e do trabalho em equipe na atenção a estas crianças.
- Entender como está ocorrendo o fluxo de atendimento na rede de atenção à saúde de Botucatu à criança com sobrepeso e obesidade.
- Propor ações para o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade infantil na Estratégia de Saúde da Família.

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva na qual se buscou a percepção de profissionais de saúde sobre o atendimento à criança com sobrepeso e obesidade infantil. Foi realizada por meio de um estudo de campo nas unidades da ESF de Botucatu. Foi utilizado questionário semiestruturado para identificação e caracterização dos sujeitos da pesquisa e entrevista com roteiro em abordagem qualitativa que buscou identificar as percepções dos mesmos acerca da atenção à saúde e importância da abordagem e manejo do sobrepeso e da obesidade infantil na atenção primária.

A partir da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e da concordância dos profissionais com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo IV), foram aplicados questionários e entrevistas pilotos em unidades não pesquisadas para testar o instrumento. Após os mesmos, foram feitas as adequações necessárias para aplicação dos instrumentos a todos os médicos (as) e enfermeiros (as) das unidades de ESF de Botucatu.

Para este estudo, foram consideradas crianças com idade até dez anos completos, seguindo os limites cronológicos definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS). O questionário e a entrevista do estudo estão no anexo V.

O questionário foi desenvolvido exclusivamente para fins deste estudo e contemplou questões para a caracterização dos profissionais envolvidos no atendimento à criança na ESF como: formação profissional, especialização, residência, destaque na formação para o atendimento na Atenção Primária e à criança com sobrepeso e obesidade. A entrevista foi guiada por questões que tiveram por objetivo estimular os respondentes a refletirem sobre a questão do sobrepeso/obesidade em seus atendimentos. Pretendeu-se identificar a percepção do profissional sobre o problema através de informações como: a valorização deste tema no atendimento à criança; parâmetros diagnósticos e de classificação do sobrepeso e da obesidade nas crianças; intervenções realizadas pelo profissional no nível da atenção primária a esta população (exame físico e complementar, dieta, manejo individual ou em grupo, atividade física, encaminhamentos); a percepção do profissional de saúde sobre as dificuldades da criança e sua família no processo de adesão às orientações, o

trabalho em equipe na atenção à criança com sobrepeso e obesidade e a utilização de redes de apoio na área de abrangência das unidades da ESF.

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra para análise (anexo VI). Os relatos foram então submetidos à análise qualitativa, segundo temática de conteúdo segundo Bardin (1977), de acordo com as três etapas preconizadas pela técnica: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Deste processo foram construídas categorias temáticas a partir da escuta atenta e exaustiva do material das entrevistas.

Os questionários e as entrevistas foram realizados pessoalmente pela pesquisadora, com aplicação individual e no local de trabalho dos participantes, nas unidades da ESF.

A pesquisa foi realizada no universo de todas as unidades da Estratégia de Saúde da Família de Botucatu-SP, entrevistando-se médicos e enfermeiros.

3.1. Comitê de ética

O Projeto foi enviado ao Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, sendo aprovado por esse na data de dezembro de 2017, sob o número 79790417.4.0000.5411/2017.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. Identificação e caracterização dos sujeitos da pesquisa

Foram entrevistados 15 enfermeiras (os) e 14 médicos (as), sendo 69% (20) do sexo feminino, mostrados nos gráficos 1 e 2.

Gráfico 1 - Caracterização dos entrevistados segundo profissão, Estratégia Saúde da Família de Botucatu, 2018

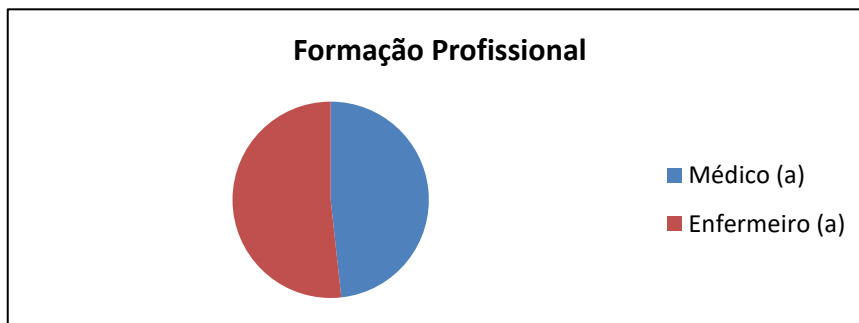
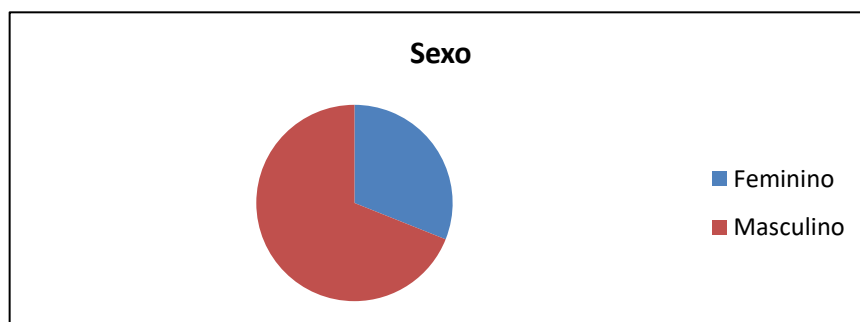


Gráfico 2 - Caracterização dos entrevistados segundo sexo, Estratégia Saúde da Família de Botucatu, 2018

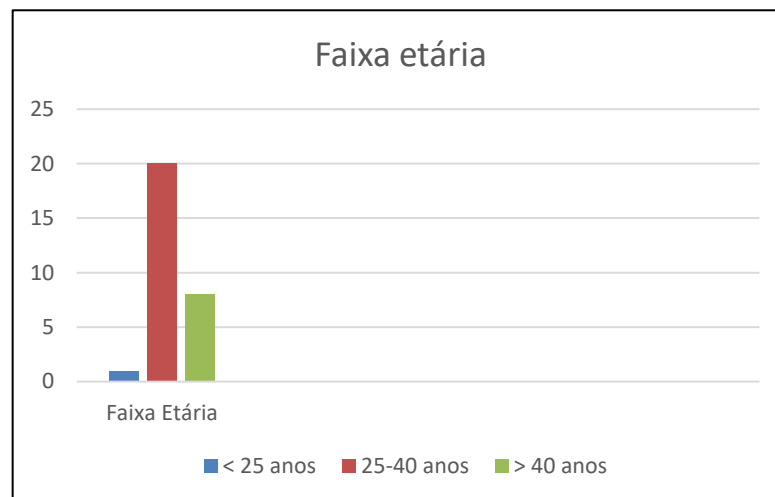


Com relação ao aspecto da feminização encontrado entre os profissionais da ESF, o resultado é compatível com a literatura, que revelou ser a feminização das profissões uma das tendências da área da saúde e, por conseguinte, dos profissionais das equipes de saúde da família (PINTO; MENEZES; VILLA, 2010). Este fenômeno também foi constatado ainda no período da graduação em saúde (COSTA; DURÃES; ABREU, 2010). Fatores como a expansão e a elevação dos

níveis de escolaridade e instrução, acrescidos da redução das taxas de fecundidade, são razões que impulsionaram a mulher para o mercado de trabalho remunerado. Acredita-se também que as mudanças econômicas ocorridas no Brasil, ao longo de décadas passadas, propiciaram a formação de um mercado de trabalho aberto para a mulher, principalmente no setor terciário da economia, fato que permitiu o seu avanço atual para outras instâncias e setores (COSTA, 2013).

Somente um (3,45%) dos entrevistados tinha idade inferior a 25 anos, 69% estavam entre 25 e 40 anos e oito deles (27,55%) tinham mais de 40 anos (gráfico 3).

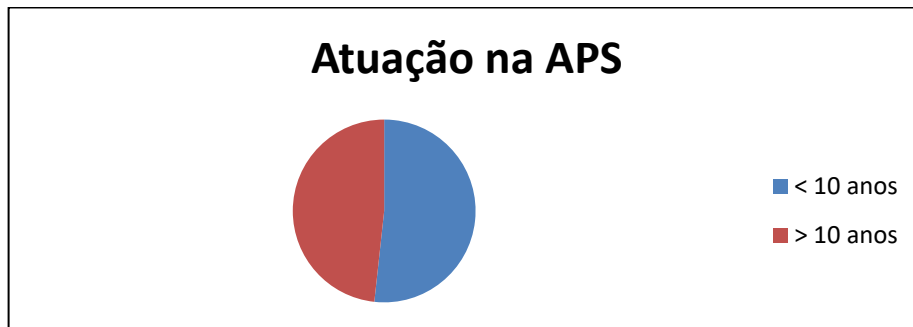
Gráfico 3 - Caracterização dos entrevistados segundo faixa etária, Estratégia Saúde da Família de Botucatu, 2018



A maior presença de profissionais jovens atuando na Saúde da Família poderia ser justificada pela mudança curricular nos cursos de graduação. Programas do Ministério da Saúde e da Educação como o Programa Pró-Saúde têm contribuído para reorientar a formação em saúde. O Pró-Saúde estimula o contato do estudante com o serviço público, capacitando-o para ações junto ao SUS (BRASIL, 2005) e estimulando os recém-formados a buscar oportunidade de trabalho neste sistema (MEDEIROS, 2010).

Quanto ao tempo de trabalho na Atenção Primária, 51,7% (15) dos entrevistados tinham menos de 10 anos (gráfico 4).

Gráfico 4 - Caracterização dos entrevistados segundo tempo de atuação na APS, Estratégia Saúde da Família de Botucatu, 2018



A alta rotatividade dos profissionais na Atenção Primária, principalmente na ESF é um fato. Vários estudos mostram pouco tempo de atuação dos profissionais nas Unidades Básicas de Saúde.

Estudo no município de São Paulo de avaliação da existência de correlação entre satisfação no trabalho dos médicos e a rotatividade dos mesmos na ESF encontrou correlação negativa entre as duas variáveis (CAMPOS; MALIK, 2008). Segundo o estudo, os fatores que apresentaram maior correlação com a rotatividade foram capacitação, distância até o local de trabalho e indisponibilidade de materiais para realizar o trabalho. Quanto à remuneração, a pesquisa indicou que o salário atrai os profissionais, mas não os fixa, e ainda seria uma forma de compensação de precariedade do vínculo. Outros estudos confirmam a alta rotatividade do profissional médico como desafio para a expansão e qualificação das ações realizadas na ESF (NEY; RODRIGUES, 2012).

Estudo realizado no Canadá por Geneau *et al.* (2007) demonstra a preocupação dos promotores de políticas públicas no que diz respeito à rotatividade dos “GPs” (os médicos gerais que atuam como porta de entrada no sistema canadense). As possíveis causas citadas por esses autores para o Canadá (a satisfação no trabalho, como aumento da carga horária, pressões diárias e a retirada da autonomia profissional) são questões centrais na prática médica e mereciam ser abordadas em outros estudos no nosso país. Em relação à equipe de enfermeiras, o quadro relativo à fixação das profissionais foi diferente, mostrando maior fixação destas profissionais, possivelmente impulsionadas pela melhor discussão metodológica do novo modelo durante a graduação, pela estabilidade garantida pelo concurso público

e pela valorização do trabalho do enfermeiro. Nascimento e Nascimento (2005) enfatizam o aspecto da valorização do trabalho do enfermeiro por meio “[...] do reconhecimento pela comunidade, da maior autonomia em sua área de atuação, da oportunidade em que além de utilizarem o saber clínico na prática assistencial, utilizam o saber epidemiológico em situações de risco, assim como também o enfoque educativo nas ações de promoção e prevenção à saúde”.

É evidente assim, entre os estudos, que a maior dificuldade na fixação ocorre entre os médicos. Nem mesmo a estabilidade garantida por concurso público é suficientemente capaz de garantir a permanência deles no serviço. Isso pode ser explicado pela dinâmica do mercado de trabalho médico, que permite inúmeras possibilidades de inserção profissional, possibilitando não só a compatibilidade com outro vínculo empregatício, mas também a agilidade na troca do emprego. Os dados encontrados sugerem que é a afinidade ao ideário da ESF que prende o médico nesse local de trabalho (LOPES; BOUSQUAT, 2011).

A caracterização da formação e da atuação dos profissionais entrevistados encontra-se discriminada na tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização da formação e atuação dos profissionais entrevistados, Estratégia Saúde da Família de Botucatu, 2018

Formação	Sim		Não	
	N	%	N	%
Residência em SF*	3	10,3	26	89,7
Especialização em SF*	12	41,4	17	58,6
Residência em outra especialidade	5	17,2	24	82,8
Especialização em outra área	10	34,5	19	65,5
Mestrado	9	31	20	69
Doutorado	0	0	29	100
Preceptor da graduação	12	41,4	17	58,6
Preceptor da residência	6	20,7	23	79,3
Ênfase na AP** durante a graduação	20	69	9	31
Ênfase para o atendimento à criança com sobrepeso/obesidade na graduação	7	24	22	76

* SF = Saúde da Família; **AP = Atenção primária;

Em relação a ter apresentado ênfase na Atenção Primária durante a graduação, 69% (20) dos entrevistados referiram que sim. Esse dado contraria alguns resultados encontrados na literatura. Lopes e Bousquat (2011) constataram que

apenas 15% dos médicos, atuantes na ESF do município de Praia Grande – SP, tiveram informações sobre a ESF na graduação.

Pesquisa realizada com médicos da ESF de Botucatu-SP no ano de 2008 (GONÇALVES, 2009) investigou a formação destes profissionais e, de acordo com a unanimidade dos entrevistados, que foram 9 profissionais no total, referiu que faltou enfoque para a APS na graduação que os fizesse ter uma experiência prática longitudinal na rede de saúde e, obter na formação acadêmica, uma visão abrangente do sistema básico de saúde. A discrepância nos dados obtidos comparando a pesquisa realizada em 2009 e a pesquisa em questão sugere que a proposta de formação em saúde que enfatiza a formação de profissionais capacitados para atender as reais demandas da Atenção Primária à Saúde parece estar dando certo.

Outros estudos constataram que o perfil dos profissionais formados não era adequado para atuar na perspectiva de atenção integral à saúde e que os profissionais, na maioria das vezes, não realizavam satisfatoriamente ações de promoção, proteção, prevenção e atenção precoce nos serviços de saúde públicos (GIL, 2005; ROMANO, 2008; MORETTI-PIRES, 2009).

É importante destacar que as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação de medicina incentivam a flexibilização da construção de projeto político-pedagógico mais condizente com a necessidade da sociedade contemporânea para a inserção de alunos na Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2014 a).

Dos entrevistados apenas 24% (7) referiram ênfase no atendimento à criança com sobrepeso/obesidade durante sua graduação (tabela 1), demonstrando assim, que na última década não houve esta preocupação durante a formação acadêmica dos profissionais da saúde médicos e enfermeiros, sendo que a literatura também não traz nada sobre este tema.

Ainda em relação aos dados quantitativos dessa pesquisa, a tabela 1 mostra que aproximadamente 51% (15) dos entrevistados tinha especialização e/ou residência em Saúde da Família e a mesma porcentagem tinha especialização e/ou residência

em outra área. Apenas 31% (9) tinham pós-graduação *stricto sensu* (mestrado) e nenhum deles tinha doutorado.

A identificação do perfil dos profissionais demonstrou que os médicos são mais jovens, têm menos tempo de formados e menor tempo de trabalho na ESF, porém com uma maior proporção de realização de pós-graduação do que foi encontrado na maioria da literatura em outros estados e regiões do Brasil (TOMASI, 2008; COSTA, 2013).

Aproximadamente metade dos profissionais mencionou ter especialização e/ou residência em Saúde da Família, realidade diferente daquela que foi identificada por Silva *et al.* (2010) onde apenas 3 profissionais haviam feito cursos de especialização em Saúde da Família e nenhum tinha residência nesta área.

Em contraposição, Damno *et al.* (2013) observaram, como no presente estudo, que aproximadamente 50% dos profissionais entrevistados, neste caso apenas médicos, mencionaram ter especialização em Saúde da Família e/ou residência em Medicina de Família e Comunidade.

Embora o Ministério da Saúde reafirme a excelência de formação em Medicina da Família e Comunidade como um eixo prioritário para atender os pressupostos da atenção básica e ofertar uma proposta de cuidado integral à saúde da pessoa, sua família e da comunidade, na prática observa-se que não há o reconhecimento da formação desse profissional como fundamental para esta atuação, uma vez que para a inserção e o trabalho nas Unidades de Estratégia da Saúde da Família não é requerida a formação específica (MELLO *et al.*, 2009).

4.2. Análise do conteúdo das entrevistas

As seguintes categorias temáticas foram construídas:

Categoria 1 - Embora a obesidade infantil seja identificada como um problema, ela não é considerada como prioridade no trabalho dos médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família

A gente não tem um foco na obesidade infantil, é meio que trabalhado para hipertensão arterial, diabetes, a gente não tem obesidade infantil como critério. (Enfermeiro 12)

O tema da obesidade infantil é identificado como um problema recorrente por parte significativa dos entrevistados, mas poucos relataram atenção prioritária ao mesmo. Na realidade poucos o consideram uma questão de destaque no seu dia a dia.

Na verdade não tem nenhum programa que faz alguma coisa, que vê alguma coisa em relação à criança. Então a gente tem, na verdade, só a rotina de que quando eles nos procuram em consultas eventuais ou agendadas, mas saindo da faixa etária que entra a puericultura a gente não exerce nenhuma atividade. (Médico 4)

[...] porque não temos experiência, a gente não tem nada específico de conhecimento para realizar esse tipo de atendimento. (Médico 1)

[...] mas eu não fiz uma consulta, não tive uma avaliação, não fiz nada sobre a criança na verdade. Então assim, não foi uma consulta, foi simplesmente um eventual que a gente fez uma abordagem em cima disso, foi uma coisa rápida, nada específico.” (Médico 4)

Foi possível perceber que embora haja a identificação da obesidade infantil como um problema de saúde pública, os entrevistados não reconhecem o trabalho clínico voltado para essa problemática na sua prática profissional na APS. Eles admitem a existência do problema, conseguem falar do tema como algo importante a ser trabalhado, mas não tem proposta de ação ou uma programação definida para atuar.

Como já mencionado anteriormente, a obesidade é considerada atualmente como uma doença crônica não transmissível (DCNT) e um fator de risco para outras DCNT. Dentre as metas propostas no “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil”, 2011-2022, está a “redução da prevalência de obesidade em crianças de 5 a 9 anos e em adolescentes de 10 a 19 anos” (MALTA; MORAIS NETO; SILVA JUNIOR, 2011; BRASIL, 2011).

Apesar da implantação dessa estratégia para a abordagem das DCNT e seus fatores de risco associados, é necessário também que a percepção dos profissionais frente à importância do problema seja explorada.

Entende-se que a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que até então se concentra prioritariamente no combate à desnutrição infantil, precisa integrar-se nesse contexto e assimilar novos conceitos para ampliar suas ações no tocante às doenças metabólicas da infância (ARAÚJO, 2012).

Segundo ainda ARAÚJO *et al* (2012) uma parcela dos enfermeiros ainda não conscientes de suas competências na promoção e prevenção da saúde da criança na ESF, mostrou-se eximir de sua função, mantendo-se distantes da problemática, delegando diretamente a responsabilidade do cuidar da criança aos outros profissionais da equipe, como nutricionistas e médicos. Essa observação denota negligência destes profissionais, quando se considera a criança um ser com alto déficit do autocuidado, sendo necessária a intervenção do enfermeiro e da família para potencializar seu *healing* (MCEWEN; WILLS, 2009).

A Atenção Básica em Saúde cobre cerca de 60% da população brasileira. Em 2012 95% dos municípios brasileiros contavam com um total de 33.404 equipes da estratégia de saúde da família implantadas, com potencial para abranger 55% da população brasileira (MALTA *et al.*, 2016). Em Botucatu, nos últimos anos, a ESF tem apresentado uma cobertura de cerca de 50% do território do município. As equipes atuam em território definido, com população adstrita, realizando ações de promoção, vigilância em saúde, prevenção, assistência, além de acompanhamento longitudinal dos usuários, o que é fundamental na melhoria da resposta ao tratamento dos usuários com DCNT. A obesidade gera impactos importantes na saúde e deve ser um tema prioritário nas agendas dos profissionais da saúde e das autoridades, inclusive no cuidado à criança, o que não se mostrou uma prioridade na percepção dos entrevistados.

Apesar de existir o reconhecimento da importância desse tema, a alta demanda de atendimento nas unidades de saúde da cidade de Botucatu é um fator que também tem que ser levado em consideração quando pensamos em abordar adequadamente o sobrepeso e a obesidade infantil, assim como os demais problemas de saúde, pois isso demanda tempo dos profissionais.

Categoria 2 - Os pais como o centro do cuidado da criança com sobrepeso ou obesidade

A abordagem principal, o foco, é nos pais. A gente coloca as orientações para os pais, não em cima da criança em si, lógico que a gente faz orientação para a criança, mas por a compreensão delas ser menor, acaba colocando mais a responsabilidade nos pais. (Médico 4)

Dentre os relatos dos profissionais entrevistados, houve a percepção de que os pais têm um papel fundamental a desempenhar para ajudar seus filhos a desenvolver hábitos alimentares saudáveis e um estilo de vida ativo. Segundo os entrevistados, a criança não apresenta capacidade de compreender as orientações, então as estratégias para o combate ao sobrepeso e obesidade são focadas nos pais.

[...] as crianças mais novas, geralmente menores do que 5 anos, a gente acaba fazendo um trabalho maior, quase que exclusivo, com os pais, acho que são os mais envolvidos. (Médico 7)

A estratégia é sempre focar nos pais mesmo. Na unidade não disponho de nenhuma outra intervenção nessa faixa etária. É só com os pais. (Médico 4)

Eu levanto o recordatório alimentar junto com a mãe [...] eu já tento ajustar a questão da mãe diminuir para a criança a oferta de carboidratos, de refrigerantes... (Enfermeiro 5)

O ambiente familiar, nomeadamente a estrutura e o funcionamento da própria família são determinantes importantes para o sucesso da abordagem da obesidade infantil (GOLAN; CROW, 2004). As intervenções em ambiente familiar parecem motivar os pais das crianças na mudança comportamental, no que se refere a alimentação e atividade física. Deste modo, o “Expert Committee for Obesity Evaluation and Treatment” recomenda que a abordagem da obesidade infantil seja iniciada precocemente e que envolva a família. (BARLOW, 2007).

Golan e Crow (2004) compararam a eficácia de uma abordagem em ambiente familiar - os pais como os agentes exclusivos de mudança - com uma abordagem convencional - as crianças como os únicos agentes de mudança. Após um ano de intervenção, os autores demonstraram que a abordagem da obesidade infantil foi mais eficaz no grupo cuja intervenção foi feita em ambiente familiar.

Segundo Wrotniak *et al.* (2004), a alteração do peso dos pais, o envolvimento dos mesmos e a preocupação com a sua saúde podem influenciar na perda de peso das crianças quando há a adoção de comportamentos mais saudáveis por toda a família no que diz respeito essencialmente à disponibilidade alimentar e à diminuição dos comportamentos sedentários.

Estima-se que a redução do sobrepeso dos pais, principalmente das mães, melhora o comportamento alimentar e pode repercutir no hábito alimentar da família como um todo com consequências no estado nutricional das crianças (JAHNKE; WARSCHBURGER, 2008; NOVAES; FRANCESCHINI; PRIORE, 2008).

As intervenções que visam os pais como os agentes exclusivos de mudança apresentam resultados benéficos comparativamente às intervenções que envolvem os pais e as crianças. (CARVALHO *et al.*, 2011)

A partir de um estudo de intervenção com pais e filhos, os autores descrevem um modelo de abordagem centrada na família, e consideram como imperativo aquelas baseadas nos familiares, pois comportamentos e estilos de vida são aprendidos no seio familiar, e as intervenções que envolvem pais-filhos focando nas relações de apoio podem motivar e desenvolver habilidades de mudança no comportamento alimentar. Essas estratégias, dirigidas para os cuidados primários de saúde, podem desenvolver uma parceria de colaboração com as famílias ao invés de desenvolver práticas normativas (TYLER; HORNER, 2008).

De acordo com 13 estudos, o enfoque na mãe, como cuidadora principal, pressupõem que é ela quem se responsabiliza pelos cuidados de alimentação, higiene e educação dos filhos. Um dado interessante e levantado por Zehle *et al.* (2007) é que apesar das mães estarem bem informadas a respeito de alimentação saudável, elas não demonstram estar particularmente bem informadas a respeito da prevenção da obesidade, o que possivelmente pode resultar em comportamentos errôneos no que diz respeito à nutrição e à atividade física (CAMARGO, 2013).

No presente estudo tanto médicos como enfermeiros valorizaram o trabalho com a família na perspectiva de um cuidado adequado à criança envolvida com a obesidade e enfatizaram a conversa e orientação às mães como algo primordial para lidar com o problema em estudo.

A oportunidade apresentada pela ESF, de superação em direção a uma prática de atenção à saúde com foco na família, é única. Pelo convívio com as famílias, os profissionais da equipe podem perceber as demandas, ansiedades, sofrimentos e potenciais que antes seriam ignorados e que possam interferir nas propostas terapêuticas apresentadas.

Categoria 3 - Percepção da dificuldade de adesão da família para o cuidado da criança

A família é a minha maior dificuldade, porque é como eu falei, a gente tem que mexer com o hábito alimentar de toda a família... Então é complicado, eles têm que entender que são hábitos que envolvem a mudança da família como um todo. (Enfermeiro 5)

A influência que a família exerce no manejo das crianças foi percebida pelos profissionais como inadequada, pois, de acordo com suas percepções, a família, apesar de reconhecer o problema, demonstra dificuldade de se envolver e se comprometer com as orientações de modo que a criança tenha um suporte suficiente para atingir bons resultados.

Os pais também comem errado, os próprios pais não comem e querem que a criança coma ou eles acham que não é importante, dão refrigerante... Se eles não mudarem a criança não vai mudar não. (Médico 9)

Se por um lado os profissionais centram a atenção do cuidado nos pais como descrito na categoria acima, por outro são estes mesmos pais que são considerados culpados no caso do insucesso das propostas terapêuticas.

A família e a questão da mudança dos hábitos alimentares é uma coisa muito difícil que a gente vive. Eu falo que é um desafio muito grande para conscientizar essa família da mudança, de começar a fazer as refeições serem saudáveis. E isso é muito difícil e é muito difícil você tirar esses hábitos e esses costumes da família. (Enfermeiro 5)

De acordo com os entrevistados, parece não haver dúvida de que a prevenção e controle da obesidade estão relacionados com estratégias de mudanças de hábitos alimentares que envolvem toda a família.

Como as crianças imitam o que vêem, não surpreende que os comportamentos alimentares dos próprios pais estejam associados aos comportamentos alimentares das crianças e a seu status de peso.

A mãe não aceita, não tem vontade de mudar, ou por questão social (que a gente tem muito aqui), às vezes não tem acesso ou prefere comprar mais pão, porcarias, que às vezes é mais barato (mas nem sempre é mais barato) do que algo mais nutritivo, como uma salada e um legume. (Enfermeiro 14)

O quanto cuidar de uma criança significa cuidar de uma família [...]. Tem que modificar o todo, não ela mesmo. E isso é mais difícil. (Enfermeiro 4)

Mas eu acredito que a dificuldade de adesão é querer realmente mudar o estilo de vida, porque daí não vai mudar só o da criança, vai mudar o do pai, da mãe, do irmão mais velho, enfim, que já entende um pouco mais, daquela avó que tem o costume de fazer fritura todos os dias e também mora na casa, tem que mudar da casa inteira e isso é difícil, né? (Enfermeiro 6)

Alguns profissionais citaram a dificuldade financeira da família como um entrave para a adesão às propostas terapêuticas.

Falta de dinheiro para comer mais verdura e frutas. (Médico 4)

[...] a questão hoje em dia, que eu acho que é muito importante, é a situação financeira das pessoas. As coisas mais naturais, que seriam mais importantes, são mais caras. (Enfermeiro 3)

Então é mais em relação aos pais, eu acho, e às vezes uma questão de praticidade, ser alimentos mais baratos, e tal. Então a questão financeira acaba dificultando também. (Médico 7)

Acho que a maior dificuldade, que eu acabei relatando, fora isso é a questão financeira né? Eles não têm dinheiro para comprar uma dieta mais saudável... (Enfermeiro 7)

A questão financeira mesmo, que eles têm às vezes de ter uma alimentação mais balanceada, o valor, a distância, eles tem dificuldade de ter acesso ao supermercado, feiras, então eles acabam comprando mais alimentos gordurosos que são mais baratos. (Enfermeiro 11)

Os relatos dos profissionais revelaram, principalmente, a dificuldade das crianças e suas famílias na mudança de hábitos e a dificuldade financeira como entraves para uma boa adesão às propostas terapêuticas.

Considerando que este estudo buscou a percepção de profissionais que trabalham no SUS e que foram analisadas as unidades de ESF, ou seja, unidades de saúde que se localizam na periferia da cidade e com alta porcentagem de famílias cadastradas para receber o benefício “Bolsa Família”, pressupõe-se que esses profissionais trabalham com uma população com renda *per capita* baixa. Assim é de se esperar que alguns entrevistados citem a dificuldade financeira como entrave para a adesão das famílias para o cuidado das crianças com sobrepeso e obesidade.

Eu acho que como eu falei é muita dificuldade em termos financeiros, como a gente trabalha com uma população de periferia, de baixa renda... ah, o que é possível a gente estar comprando, o que é possível a gente estar fazendo? (Médico 9)

Apesar disso, é preciso ponderar. O segredo de uma boa alimentação é consumir alimentos mais naturais possíveis, fazer trocas inteligentes, apostar em frutas e legumes da época, fontes de proteína mais em conta e por aí vai. Aprender que fazer dieta ou reeducação alimentar não significa encher a geladeira e armários de produtos light ou diet que são realmente mais caros, significa saber escolher os alimentos, consumir produtos naturais, aproveitar promoções, enfim, planejar e organizar sua alimentação para que não tenha gastos desnecessários. Isso é algo que também poderia ser trabalhado com a população na atenção primária.

Segundo a literatura, a preferência por alimentos de alta densidade calórica deve-se ao fato de serem itens mais acessíveis às suas condições socioeconômicas, além de serem agradáveis ao paladar. Deve-se levar em consideração que os hábitos alimentares são resultantes de experiências apreendidas ao longo da vida (GREJANIN, 2007).

A falta de percepção dos pais frente ao problema do sobrepeso e obesidade infantil para se engajarem no manejo foi outro ponto citado pelos profissionais.

A maior dificuldade é essa questão da interferência familiar, dos responsáveis que a grande maioria das vezes são as mães que trazem para consulta, mas de não identificarem principalmente o sobrepeso como um problema. (Enfermeiro 1)

No presente estudo os profissionais relataram a falta de percepção dos pais com relação à identificação da obesidade infantil como um problema para a adesão da

família para o cuidado da criança com sobrepeso ou obesidade. Os pais não identificam esses problemas por acharem que a criança está saudável. Além disso, a obesidade infantil está muito relacionada à obesidade materna, assim ignorar o problema do filho é negar também a sua condição em relação ao peso.

A mãe não a vê como uma criança obesa, ela não aceita que a criança está correndo risco, que a saúde dela está sendo colocada em risco pela obesidade. A mãe é obesa também. (Médico 6)

As razões reais pelas quais os pais não têm a percepção do estado nutricional de suas crianças precisam ser mais bem investigadas; especialmente com relação às faixas etárias, grupos étnicos e sexo das crianças, visto que a maioria dos estudos trabalha tamanhos amostrais diferentes e utiliza maneiras diversas de questionar os pais sobre o peso corporal dos filhos, seja na forma de escalas ou de perguntas fechadas.

Vários estudos relacionam a dificuldade de adesão da família a não percepção do sobrepeso ou obesidade infantil principalmente por parte da mãe.

Um fator que pode prejudicar as práticas terapêuticas em obesidade na infância é uma percepção alterada da mãe do estado nutricional do filho, pois os pais podem estar predispostos a não aderirem às propostas (CAMARGO, 2013). No Canadá um estudo realizado em 2007 concluiu que grande parte da amostra estudada de pais não reconheceu que seus filhos estavam acima do peso ou com obesidade, ainda, 22% classificaram como baixo peso as crianças que apresentavam peso normal e 63% como excesso de peso crianças com obesidade. O estudo sugeriu que estratégias de saúde pública para aumentar a consciência dos pais do estado de peso de seus filhos pode ser o primeiro passo no esforço para prevenir a obesidade na infância (WAKE, 2007).

Segundo Santos *et al.* (2017), a maioria dos responsáveis pelas crianças não está preocupada com o excesso de peso destas, pois as consideram com peso adequado. No entanto, ter preocupação parece não afetar o comportamento da família, tendo em vista que foram encontrados casos de sobrepeso também nas famílias preocupadas.

Camargo *et al.* (2013) identificou como fundamental o papel dos pais, mães e familiares no sentido de promover comportamentos e estilos de vida saudáveis. A

percepção materna distorcida faz com que o excesso de peso seja percebido como normal e isso pode prejudicar o tratamento. O reconhecimento do excesso de peso das crianças possivelmente poderá promover uma melhora na adesão e, além disso, pode ser o requisito necessário para a procura de ajuda profissional.

Categoria 4 - Preconceito em relação às atitudes da criança obesa e sua família

Às vezes acredito que a gente está falando por falar, esperam que o médico resolva isso, em relação à obesidade, que pegue na mão. A gente até orienta, mas não dá para ir até a casa para falar o que é ou não para dar. (Médico 5)

Foi possível identificar falas muito preconceituosas e que de certa forma não têm uma compreensão mais ampla em relação à presença da obesidade na criança ou na família. Observou-se que se culpa a família de forma muito enfática, sem uma maior reflexão sobre esta.

Foram relatadas atitudes negativas do indivíduo obeso e sua família pelos profissionais de saúde durante as entrevistas.

Eu acho que as mães não têm muita noção, apesar de ter vários filhos, se bem que essa aqui tinha um filho só, mas elas não percebem e acabam educando errado. (Médico 9)

Estudo recente admite que os profissionais de saúde sejam uma das mais recorrentes fontes de preconceito quando se trata do cuidado ao paciente obeso. Pacientes relatam à ocorrência de comentários inapropriados e desrespeitosos, além de se sentirem muitas vezes incompreendidos (OBARA *et al.*, 2018).

Precisa de um comprometimento mesmo das crianças e principalmente de quem as alimenta, os pais, enxergarem isso como realmente um problema de saúde. Às vezes a mãe fala: “mas come tão pouquinho, criança gordinha que é o saudável”, então a gente tem que mudar um pouco essa mentalidade dos pais aí. (Médico 10).

Os profissionais demonstraram também, por meio de suas falas, que acreditam que a família do obeso age de forma errada e é vista como indisciplinada em relação aos hábitos alimentares.

Temos que convencer os pais que eles estão agindo de forma errada ou inadequada inconscientemente, cedendo quando não deve ceder aos gostos da criança e sempre oriento a ter disciplina em relação a alimentação. (Médico 2)

Para a criança principalmente ela não entende o que está acontecendo e acho que o principal teria que ser a família ter a consciência disso e muitas vezes acha bonitinha a criança gordinha e não segue as orientações. (Médico 11).

Quando atitudes negativas em relação ao excesso de peso existem entre profissionais de saúde, podem afetar o julgamento clínico e dificultar o acesso do paciente aos serviços de saúde (FRANCISCO; DIEZ-GARCIA, 2015).

Aí eu falei que a gente tem que melhorar a alimentação, que somos espelhos para os filhos, tem um que não gosta de abobrinha, e é porque a gente não come. E quando eu falei (e isso me marcou muito!) que a dor dele era devido ao sobrepeso, ele não consulta mais comigo, ele não gosta de mim, mas eu falei de boa. Foi assim, ele “embrabou” e não passa mais comigo. As crianças continuam obesas (lógico!) e acaba marcando [...] A gente tenta ajudar... (Enfermeira 2)

Com valores e julgamentos morais atrelados à doença, como visto na fala acima, as patologias que são atribuídas às escolhas pessoais vêm carregadas da responsabilidade que recai sobre o próprio paciente podendo levar ao estigma destes. Em uma perspectiva social, o estigma vinculado a certas doenças acarreta sofrimento adicional aos pacientes. Eles sentem responsabilidade e culpa frente à sociedade, incorporando juízos morais sobre as circunstâncias em que a enfermidade foi provocada. Na fala acima fica claro a desresponsabilização do profissional quando afirma que a criança não passa mais com ele, ou seja, há uma naturalização do fato e assim não se busca chegar até o problema e enfrentá-lo.

Pessoas com obesidade ainda são rotuladas como os grandes comedores, que não se controlam e comem mais do que deveriam, refletindo uma interpretação moralista e carregada de preconceito.

Os pais também comem errado. Os próprios pais não comem o quanto deveria e querem que a criança coma ou eles acham que não é importante, dão refrigerante... Se eles não mudarem a criança não vai mudar não. (Médico 9)

Os problemas apontados sinalizam dificuldades no enfrentamento da obesidade, que extrapolam os muros institucionais. Segundo Kirk, *et al.* (2014) o estigma da obesidade culmina na manutenção de um sistema médico vigente que não consegue tratar de maneira efetiva o excesso de peso. Poderíamos acrescentar que a questão é muito maior e que não se trata de um problema apenas do campo da

saúde, pois a força da mídia, como no caso do refrigerante, está muito relacionada à própria sociedade capitalista e modelo de consumo não só alimentar.

Categoria 5 - Caminhos desencontrados para o diagnóstico da criança com sobrepeso e obesidade

Na verdade eu utilizo o gráfico que é disponibilizado aqui na unidade de saúde, que é um gráfico para menino e um para menina e é um gráfico muito antigo, eu acho que é por volta da década de 70. (Enfermeiro 9)

Uma das principais questões observada nesta pesquisa foi a divergência do modo como os profissionais diagnosticam o sobrepeso e a obesidade infantil.

Enquanto existem profissionais que utilizam instrumentos como aplicativos de celular para o correto diagnóstico deste problema, outros profissionais não têm a preocupação de ao menos colocar o peso no gráfico disponibilizado pelo serviço.

Eu coloco na curva do gráfico que a gente tem impresso e coloco no aplicativo Ped(z) para ver exatamente quanto que é o percentil e o score Z da criança, do IMC, do peso e da altura e aí eu checo pela idade se está em risco de sobrepeso ou obesidade. (Médico 12)

A gente também trabalha com esse aplicativo de celular específico que dá essa margem pra gente, né? (Enfermeiro 8)

Eu não utilizo gráfico. (Médico 5)

O diagnóstico correto desse problema é de suma importância para que se iniciem as intervenções necessárias. Se o peso da criança for avaliado simplesmente pelo IMC sem utilizar gráfico como é feito para adultos, ou por gráficos desatualizados, os resultados não serão confiáveis e o sobrepeso e a obesidade nessa faixa etária serão subestimados.

Acima de 25 é sobrepeso, acima de 30 é obesidade e acima de 35 é obesidade mórbida, que é o gráfico que a gente faz o IMC. (Enfermeiro 7)

Para crianças e adolescentes devem ser utilizadas curvas específicas, tendo em vista que ainda estão em fase de crescimento (BALLONE; MOURA, 2015). Assim sendo, para crianças e adolescentes, não se deve observar apenas o IMC, pois ele pode inclusive dar a falsa impressão de que a criança está saudável quando na verdade ela pode já estar com sobrepeso ou obesidade. As faixas de IMC para as

crianças se diferenciam de acordo com a idade e o sexo, e para orientar os médicos existem tabelas da Organização Mundial da Saúde (OMS) para fazer esse cálculo.

Eu utilizo os gráficos da OMS de 2006 que classificam por escore, o escore Z, 0, 1, 2 e 3. Classifico a criança que está acima do 2 como obesidade. (Médico 10)

A gente tem um gráfico, mas o mais atual é o de IMC por idade. A gente usa aquele peso X altura também, mas tem o mais atual de IMC X idade que eu acabo utilizando. (Médico 8)

Essa categoria traz uma observação muito preocupante. Se os profissionais da Atenção Primária não estão sabendo diagnosticar tal problema, também não estão abordando e orientando as crianças e os pais em relação ao sobrepeso e a obesidade infantil, como mostra a fala abaixo. O profissional relata só se preocupar com o peso da criança quando este estiver acima do percentil 97.

Daí você fala está no P90, mas só a partir do P97 que a gente tem que se preocupar, vendo a estrutura familiar. (Médico 9)

Há uma limitação em relação a esta categoria: a escassez de estudos na literatura que investigam as diferenças no discurso dos profissionais acerca do diagnóstico do sobrepeso e obesidade infantil.

Num estudo realizado por Soletto, Colugnati e Taddei (2004), onde foi comparada a prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças entre 6 e 10 anos segundo três diferentes critérios diagnósticos, foram encontrados diferentes resultados, com variação que chegou a doze pontos percentuais entre dois dos três critérios. Esses autores sugerem que um critério único para diagnóstico do problema seja recomendado de forma consensual, e que este seja capaz de, além de identificar indivíduos com maiores probabilidades de excesso de gordura corporal, correlacionar-se com riscos de doença e morte, como acontece com os pontos de corte de 25 e 30 para IMC em adultos.

Cavalcante (2008) constatou que, de acordo com os indicadores para diagnóstico de excesso ponderal considerados na metodologia do estudo, foi verificado que o índice peso/altura foi o mais utilizado, principalmente para menores de 6 anos. Por outro lado, o IMC/idade foi pouco utilizado. Considerando os outros indicadores de excesso ponderal, circunferências de cintura e quadril e dobras cutâneas, o

percentual de profissionais que aferem tais medidas na prática diária foi ainda mais baixo.

Deve-se ressaltar que a opção do profissional em continuar utilizando o padrão antigo do NCHC (1977) ou adotar o padrão atualizado, requer uma avaliação crítica. O padrão antigo foi considerado como o melhor padrão internacional por mais de 20 anos e muitos softwares de avaliação nutricional o têm como referência. Já as novas curvas estão distribuídas em percentis ou escores-Z, esta última sendo a forma de análise mais recomendada pelo OMS.

De qualquer modo, se há vários referenciais é necessário que discussões sejam feitas para que haja uma padronização, viabilizando a comparação entre os diversos estudos (SOARES, 2003). A priori, se existe um padrão novo e aprimorado, talvez a opção pelo mesmo seja mais prudente.

O diagnóstico da obesidade infantil na atenção primária à saúde é de suma importância, mesmo em casos que o motivo da procura por atendimento tenha sido outro (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

O correto diagnóstico da obesidade e do sobrepeso durante a infância é importante por permitir a intervenção precoce e evitar a instalação de suas complicações. Quanto mais idade tiver a criança e maior for o excesso de peso, mais difícil será a reversão do quadro pelos hábitos alimentares incorporados e pelas alterações metabólicas instaladas. Para uma adequada atuação preventiva e terapêutica é essencial a padronização dos critérios diagnósticos para que se possa conhecer melhor o problema da obesidade em nosso meio, além de permitir diagnóstico acurado (MALTA; MORAIS NETO; SILVA JUNIOR, 2011).

Categoria 6 - Existência de profissionais mais sensibilizados em relação ao tema

Entre as entrevistas, algumas chamaram a atenção. Ao entrevistar médicos e enfermeiros de uma mesma unidade, notou-se que as respostas foram divergentes quando perguntado quais os problemas de saúde na infância que identificavam na população da sua área de abrangência e sua importância na prática clínica. Enquanto um identificou o sobrepeso e a obesidade como os problemas de saúde mais frequentes naquela área, o outro relatou ser pouco frequente.

Principalmente problemas de nutrição, principalmente risco de sobrepeso e obesidade, os 2 principais. (Médico 3)

A gente percebe muitos problemas das mães não conseguirem lidar com as crianças, falta de limite e a questão nutricional é importante, mas obesidade não tem muito. (Enfermeira 3)

E quando pedido para os profissionais contarem sobre um atendimento que realizaram a uma criança com sobrepeso e obesidade, um referiu ter atendido vários casos enquanto o outro não se lembrou de nenhum.

A gente tem vários aqui. Começo fazendo, como comentei, qual é o Z score pondero-estatural, faço um recordatório alimentar... Confronto o cuidador no caso, se estiver presente, e a gente faz um planejamento, dando orientações, substituição de alimentos ultra-refinados para alimentos mais naturais, indico atividade física, peço alguns exames... (Médico 3)

Assim, recentemente eu não atendi nenhum. (Enfermeira 3)

Comparando a fala acima com a fala de outro profissional que trabalha na mesma unidade de saúde, mas em equipe diferente, notamos uma percepção completamente diferente:

Nossa! Aqui a gente tem muita criança com sobrepeso e obesidade, não é um caso único. (Enfermeiro 4)

Ao perguntar se havia observação a ser feita, no final da entrevista, também se notou um maior interesse de um profissional ao outro da mesma equipe em relação ao tema.

Eu acho que talvez solicitar tipo uma capacitação em alimentação infantil como um todo para a gente aprimorar esse tipo de coisa, pois as abordagens mudam todo mês, todo ano, então uma atualização seria de grande valia. (Médico 3)

Enquanto o outro profissional não fez nenhuma observação.

Não, acho que já falei tudo já. (Enfermeiro 3)

Pela definição, um “indivíduo sensibilizado é aquele que se tornou sensível à ação de um agente sensibilizador” (SENSIBILIZADO, 2018).

A percepção representada acima mostra compreensão diferente dos sujeitos para o tema em questão. Pensar que profissionais de uma mesma unidade de ESF apresentam olhares diferentes para uma mesma população reforça que a saúde não

é uma ciência exata, é dependente de algumas variáveis que podem interferir no diagnóstico e nas condutas terapêuticas a serem propostas para um mesmo problema. Um projeto de sensibilização dos profissionais para o enfrentamento do sobrepeso e obesidade infantil iria ajudar a criar um olhar mais atento por todos os profissionais a este tema.

Não basta ter somente conhecimentos técnicos, científicos e habilidades. Os conceitos e as vivências construídos durante tanto a vida pessoal quanto profissional sensibilizam os indivíduos de várias formas e intensidades, o que interfere na maneira como vão agir diante de um caso, desde o diagnóstico, que muitas vezes passa despercebido, até o cuidado do paciente (GOLAN; CROW, 2004).

Para Vigotski (2004), os afetos são estados corporais que aumentam ou diminuem a capacidade do corpo para a ação. Nesse processo de afetação, os sentidos da ESF vão se construindo mediados pelos vários elementos vivenciados pelos sujeitos; a relação entre pensamento e linguagem possibilita a construção de uma consciência crítica.

Fonseca e Ozella (2010) pesquisaram os sentidos construídos sobre adolescência, com suas implicações na prática, de médicos e enfermeiros, integrantes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de um município do interior paulista. Concluíram que a crítica está fundamentada nas experiências de vida. Na visão sócio-histórica, entende-se que o sujeito é afetado pelo mundo e vivencia essa experiência com muitas possibilidades de sentidos, construindo seu mundo psicológico ao mesmo tempo em que interfere no mundo, pela atividade e mediação da linguagem.

Estudos mostram que os profissionais de saúde enfrentam dificuldades no diagnóstico e no enfrentamento de alguns problemas relacionados com a área de atuação. Essas dificuldades estão relacionadas à lacuna de alguns temas na formação profissional, à reprodução de padrões culturais no não envolvimento em assuntos que seriam familiares, à descrença na efetividade dos órgãos competentes, às experiências negativas anteriores e a aspectos pessoais. Indicam também a necessidade de programas de capacitação para os profissionais e apontam algumas sugestões sobre o que um programa deveria conter, assim como sua forma, abrangência e níveis profissionais envolvidos (BANNWART, 2011).

Categoria 7 - Reconhecimento da existência do trabalho em equipe na ESF

Todo o nosso trabalho é em equipe. (Enfermeiro 12)

Na proposta da ESF, o trabalho em equipe constitui uma prática na qual a comunicação entre os atores deve fazer parte do exercício cotidiano. É necessária uma abordagem multiprofissional, assim como processos diagnósticos de realidade, planejamento das ações, organização horizontal do trabalho, compartilhamento do processo decisório, estímulo ao exercício do controle social e, principalmente, a atuação sincronizada de todos os integrantes da equipe (SOUSA; HAMANN, 2009; RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2011).

A grande maioria dos profissionais entrevistados referiu exercer o trabalho em equipe na unidade em que atuam, considerando este imprescindível para o funcionamento do serviço.

A gente tem que realizar o trabalho em equipe, senão o trabalho não funciona dentro da atenção primária. (Enfermeiro 9)

Acho que sim. No geral acho que é tudo em equipe, desde o acolhimento, os atendimentos mesmo eventuais como agendados e das reuniões que a gente faz. Acredito que tudo está centrado na equipe mesmo. (Médico 7)

Alguns entrevistados negaram exercer trabalho em equipe na unidade de atuação. Consideram o trabalho sendo feito de forma coletiva, mas não entrelaçado e apontam a falta de tempo como motivo para a não realização do trabalho em equipe. As percepções destes profissionais sobre o que é trabalho em equipe sugere que eles têm dificuldade em trabalhar em conjunto, não têm habilidade necessária para realizar troca de informações e conhecimentos e para o estabelecimento de metas e objetivos compartilhados.

Olha, a gente tem tentado né, mas eu acredito que isso seja uma coisa difícil, não só nesta unidade, mas também em outras. Acho que é uma questão bastante difícil, uma questão que precisa ser trabalhada mais. Eu acho que as pessoas trabalham muito como grupo, mas não como equipe mesmo. (Enfermeiro 3)

Devido à falta de disponibilidade de tempo a gente não faz nenhum trabalho em equipe. (Médico 4)

Outros profissionais afirmam que o trabalho em equipe garante organização, harmonia e é fundamental para o atendimento na atenção primária, especialmente na Estratégia da Saúde da Família.

Eu acho que quando a gente pensa em trabalho em equipe, um paciente que chega na unidade de saúde, e aí quando a gente vê a recepção, trazendo prontuário com os exames já impressos, por exemplo ou com a ficha de Papanicolau já impressa isso fica aqui na unidade para recepção, e aí a pré consulta chama esse paciente e a gente vai atender e a farmácia identifica alguma questão, vem conversar com a gente, discutir alguma situação específica que não ficou bem entendida, a pós consulta que tem alguma outra preocupação, já encaminha para vacina para checar a vacina desse paciente, tudo bem organizado. (Enfermeiro 1)

Olha, o trabalho é feito em equipe. Eu acho que não tem como trabalhar na ESF se não estiver em uma equipe, não dá para trabalhar isoladamente, tem que haver uma harmonização dos profissionais. (Médico 6)

Além disso, relatam que o trabalho em equipe garante a integralidade do cuidado, criação de vínculos e corresponsabilização e acolhimento na relação entre trabalhadores e usuários.

Praticamente toda nossa atuação é desenvolvida em equipe, em conjunto com o médico, a gente não consegue exercer praticamente nenhuma atividade individual, porque sempre envolve outros profissionais para uma assistência mais completa. (Enfermeiro 10)

Todos os trabalhos devem ser feitos em equipe, junto com a enfermeira, junto com as técnicas, o pessoal da nutrição, educador físico, né, as psicólogas, então a gente sempre tenta ver o paciente como um todo, sempre acionando os outros profissionais, as fisioterapeutas, criando vínculo com os pacientes. (Médico 10)

O trabalho em equipe se torna pressuposto para a integralidade das ações de saúde, requerendo a construção de projeto assistencial comum para atender com qualidade às necessidades dos usuários. É relevante reconhecer que os indivíduos não escolhem arbitrariamente viver ou trabalhar juntos, mas formam novos agrupamentos diante de cada situação que se apresenta, sendo que sempre trazem consigo suas representações e vivências anteriores (NAVARRO *et al.*, 2013).

Vários estudos mostram também que o trabalho em equipe é reconhecido pelos profissionais que atuam na ESF.

Pereira *et al.* (2013) investigaram o trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro. A maioria dos entrevistados faz referência a situações nas quais existem complementaridade e interdependência entre os trabalhos, além de articulação entre ações. Os relatos falam da necessidade do trabalho do outro como forma de garantir a continuidade do atendimento, ou seja, existe o reconhecimento do trabalho do outro, assim como, ao mesmo tempo, descrevem as ligações existentes entre os trabalhos com base no processo de divisão de trabalho. A percepção dos entrevistados de que sua atividade de trabalho é coletiva e depende da atuação de cada um dos profissionais envolvidos é muito contundente.

Segundo Gonçalves *et al.* (2008) quase todos os médicos da ESF de Botucatu-SP, no ano de 2008, também reconheceram o trabalho em equipe e consideraram ter um relacionamento excelente com a equipe, dando ênfase especial aos profissionais de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Jacowski *et al.* (2016) constataram que os profissionais em um município da região Sul do Brasil reconhecem a importância do trabalho em equipe, porém isso ainda é um desafio. É preciso rever conceitos, refletir sobre como manter os conhecimentos, as habilidades e as competências específicas e, ao mesmo tempo, promover um campo de atuação comum a todos os membros da equipe multiprofissional.

Para Peruzzo *et al.* (2018) os profissionais da ESF percebem a importância do trabalho em equipe no atual modelo da atenção primária e, que alguns aspectos, como comunicação, escuta ativa e respeito às particularidades de cada profissão, são essenciais para a manutenção da harmonia e a implementação de uma prática colaborativa. Também foi evidenciado que alguns integrantes da equipe vivenciam sentimentos de exclusão por parte da equipe, que nem sempre reconhece a importância do seu trabalho na ESF. Destaca-se que na percepção desses profissionais a inclusão/exclusão pode estar relacionada com a postura do enfermeiro, pois é ele que geralmente gerencia as atividades da equipe.

A Estratégia de Saúde da Família é constituída de equipes multiprofissionais que devem atuar numa perspectiva interdisciplinar, isto é, articulando suas práticas e saberes de acordo com cada situação para propor soluções conjuntamente e intervir de maneira apropriada. Nesse contexto, é importante o reconhecimento por parte

dos profissionais entrevistados da existência do trabalho em equipe na unidade de ESF onde atuam. Espera-se, assim, que haja o reconhecimento, também, da importância de se agir em conjunto, buscando todos os recursos disponíveis para o enfrentamento das doenças.

As pessoas necessitam aprender a interagir com o próximo, e o trabalho desenvolvido em equipe não se estabelece de modo automático, sendo necessário um processo de desenvolvimento de habilidades e capacidades, que vão desde a inteligência emocional até os conhecimentos e vivências da dinâmica interpessoal e intergrupar, por isso a fixação dos profissionais em uma única equipe é importante.

Categoria 8 - Falta de relação Intersectorial

Não há rede de apoio na área onde eu atuo. (Enfermeiro 9)

O enfrentamento das doenças não transmissíveis requer a articulação com políticas públicas de saúde de outros setores como educação, agricultura, esporte, transportes, comunicação, planejamento urbano, meio ambiente, trabalho e emprego, indústria e comércio, finanças, assistência social, entre outros. Parcerias multissetoriais são fundamentais no apoio às políticas de prevenção de DCNT. Assim, é de grande importância o trabalho intersectorial para o sucesso do manejo do sobrepeso e obesidade infantil.

A falta de relação entre as unidades de saúde e outros setores, como as escolas, os centros de referência de assistência social, os projetos sociais e outros é percebida pelo fato dos profissionais terem negado existir serviços de apoio na área onde atuam. A grande maioria citou apenas o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) como rede de apoio. Foram citados também o CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) e o CREAS (Centro Especializado de Assistência Social).

Só o NASF que é a parte da nutrição e particularmente ninguém mais. Desconheço outros serviços de apoio nessa região. (Médico 4)

Não, atualmente eu não tenho, o apoio que eu tenho no momento é do NASF mesmo, o educador físico, o nutri... e a gente tem também o apoio do psicólogo do NASF. Então basicamente quem me apóia hoje é o NASF, eu não tenho outro serviço de apoio. (Enfermeiro 5)

Não tem. (Enfermeiro 3)

Às vezes a gente acaba tendo alguns casos que encaminhamos para o CRAS, ou mesmo para o conselho tutelar que está acompanhando aquela família, mas são casos raros, mas podem acontecer, mas não existe rede de apoio. (Enfermeiro 9)

Alguns profissionais relataram haver alguma ação intersetorial na área onde atuam, embora também tenham reconhecido que o NASF é a sua principal rede de apoio.

Acho que nossa principal rede de apoio é o NASF, pensando na parte nutricional e de atividades também, a gente tem algumas parcerias com o CRAS também, para pensar em algumas atividades físicas, tem algumas ações específicas para a saúde dos adolescentes, saúde da criança, desde aula de hip hop, então são crianças que a gente identifica que poderiam ser inseridas lá também e eles nos acolhem dessa forma também. (Enfermeiro 8)

Tem o CRAS aqui que trabalha com crianças, tem aquele projeto Semeando o Futuro, que dá para encaminhar as crianças para fazer atividade física e tudo mais. (Enfermeiro 13)

É necessária uma melhor investigação sobre o tema. Se realmente não há uma rede de apoio disponível para ajudar no enfrentamento deste problema na Estratégia da Saúde da Família em Botucatu-SP ou se estes profissionais não estão sabendo se articular com os outros setores.

Como já citado anteriormente, no “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil”, também foi estabelecida a meta de redução do excesso de peso e obesidade em adolescentes e crianças (BARLOW, 2007). Esta meta é bastante ousada e, em parceria com outros setores, busca incentivar práticas e políticas de promoção da alimentação saudável e da atividade física. Desse modo, deve-se articular ações intersetoriais, avançando na implementação de espaços saudáveis, ciclovias, ações de informação, educação e comunicação, incentivo ao aleitamento materno, em ações nas escolas, na regulamentação da propaganda de alimentos e no estímulo à prática de atividades físicas, entre outros (OPAS, 2016).

Segundo Maximiano (2016), que investigou a “Percepção de gestores e profissionais da saúde sobre a linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade” realizado também na cidade de Botucatu-SP, as Secretarias tentam buscar o trabalho intersetorial e a transversalidade das ações nos serviços. No entanto revelam também a dificuldade de realizar a intersetorialidade no município. Os relatos dos entrevistados mostram

que existem algumas ações conjuntas, agregando não mais que duas secretarias em ações de prevenção à obesidade em grupos específicos da população. A partir dos relatos, inferiu-se que a intersetorialidade e a transversalidade entre as secretarias apresenta-se fragmentada, visto que cada qual relatou apenas as ações realizadas no âmbito de sua secretaria.

Para o tratamento da obesidade é necessário um atendimento multidisciplinar, exigindo um trabalho integral, e para isto é preciso garantir o adequado funcionamento das Redes de Atenção à Saúde. Nota-se a importância da gestão dos serviços de saúde na prevenção e no controle desta doença, sendo necessário criar, organizar, monitorar e avaliar os programas de intervenção, bem como a necessidade de gerenciar um processo de mudança, reorganizando os serviços, programas e ações para um apropriado atendimento a essas crianças (ALMEIDA, 2017).

A Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade norteia as ações do governo brasileiro e tem por objetivo promover a reflexão e fomentar a implementação da Estratégia pelos diversos setores que compõe a Câmara Intersetorial de Segurança Alimentar (CAISAN), tanto em nível federal quanto estadual, ratificando a necessidade de elaboração de diretrizes para o enfrentamento deste cenário epidemiológico, configurado como um problema social com dimensões morais e repercussões na saúde e na qualidade de vida do indivíduo. A Estratégia Intersetorial de “Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios” tem por objetivo orientar estados e municípios na articulação de ações intersetoriais locais com o intuito de prevenir e controlar a obesidade na população (BRASIL, 2014d).

Ações integradas de aproximação com o sistema educacional, envolvendo, além dos professores e funcionários das escolas, a participação da família e de profissionais de saúde, tais como a realização de cursos de atualização e aperfeiçoamento de professores, cursos e palestras sobre alimentação saudável e outros, são fundamentais na expectativa de que fomentem a adoção de hábitos de vida mais saudáveis e promovam as mudanças individuais e coletivas necessárias. O ambiente escolar propicia oportunidades de atuação, bem como o envolvimento de

alunos, familiares e educadores em ações conjuntas que, espera-se, sejam eficazes na prevenção do excesso de peso na infância (OLIVEIRA, 2010).

De acordo com Feuerwerker (2005), a ausência de mecanismos de articulação entre os setores pode ser entendida como um dos fatores que explicam a baixa resolutividade das questões em saúde, conforme percebida pelos profissionais participantes deste estudo. Alguns profissionais da atenção primária e secundária referiram que a grande demanda assistencial e o cumprimento de atividades administrativas, por vezes, inviabilizam essa comunicação.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora a obesidade infantil seja identificada como um problema, alguns fatores mostraram-se determinantes influentes da falta de percepção da importância desse tema na Atenção Primária, como o despreparo para o atendimento à criança com sobrepeso ou obesidade (os profissionais referiram pouca ênfase para este tema na graduação), dificuldade do cuidado integral às crianças com excesso de peso e a falta de um protocolo de atendimento para o correto diagnóstico e abordagem deste tema. Também foi possível destacar que o NASF tem papel fundamental no cuidado a esse grupo populacional e que o trabalho com os pais é considerado primordial. Foi possível identificar falas muito preconceituosas e que de certa forma não têm uma compreensão mais ampla em relação à presença da obesidade na criança ou na família.

Apesar da heterogeneidade do perfil dos profissionais estudados quanto à idade, tempo de formação, tempo de trabalho na atenção primária, realização de residência, especialização ou pós-graduação e experiência como preceptor, os resultados do estudo são consistentes, ou seja, a maioria dos entrevistados reconhece o problema, mas não o trata com a devida prioridade e atenção nos serviços de saúde.

A maioria dos estudos que trata da obesidade tem como tema principal o papel da dieta e da atividade física na prevenção do excesso de peso e a importância da adesão de toda a família neste processo. No entanto, é necessário também que a percepção dos profissionais da saúde frente ao problema seja explorada para que estes o identifiquem e o tratem de forma adequada.

Mudanças nas intervenções são necessárias do ponto de vista das estratégias, que podem deixar de recair somente sobre as crianças e sua família, para englobar o ambiente no qual estão inseridas, ou seja, articular ações intersetoriais e envolver a comunidade em que vivem.

Espera-se que esta pesquisa tenha contribuído para o conhecimento da atenção à criança com sobrepeso e obesidade na Estratégia de Saúde da Família trazendo as características dessa atenção na percepção de médicos e enfermeiros que atuam na atenção primária na cidade de Botucatu-SP, ficando clara a necessidade de

formação adequada de profissionais de saúde nesse campo. O problema é muito complexo e está muito relacionado ao próprio modelo de sociedade em que vivemos, com enorme apelo ao consumo de alimentos ultraprocessados, a disponibilidade de *fast food*, o aumento do tempo diante da televisão e de videogames e menores níveis de atividade física.

Como considerações finais, espera-se a partir deste estudo, contribuir para a qualificação da atenção à criança com sobrepeso e obesidade considerando a percepção das principais dificuldades identificadas e propor educação permanente dos profissionais e a implantação de um protocolo de atendimento, por isso, a elaboração de um e-book para ajudar no enfrentamento do sobrepeso e da obesidade infantil na Estratégia de Saúde da Família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, L. M. *et al.* Estratégias e desafios da gestão da atenção primária à saúde no controle e prevenção da obesidade. **Rev. Gestão Saúde**, Brasília, v. 8, n. 1, p. 114-139, 2017.
- ARAÚJO, S. N. M. *et al.* Obesidade infantil: conhecimentos e práticas de enfermeiros da Atenção Básica. **Enferm. Foco**, Brasília, v. 3, n. 3, p. 139-142, 2012.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA (ABESO). **Diretrizes Brasileiras de Obesidade**. 4. ed. São Paulo: ABESO, 2016.
- BALLONE, G. J.; MOURA, E. C. Obesidade. **PsiquWeb**, Brasil, 2007. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/>. Acesso em: 10 jan. 2019.
- BANNWART, T. H. **Sensibilização de profissionais do Programa Saúde da Família (PSF) para notificação de violência contra criança e adolescente: um estudo de caso**. 2011. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2011. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/6025>. Acesso em: 10 fev. 2019.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARLOW, S. E. Expert committee recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity: summary report. **Pediatrics**, Springfield, v. 120, p. S164–S192, 2007. Supplement 4.
- BARROS-FILHO, A. A. Um quebra-cabeça chamado obesidade. **J. Pediatr.**, Porto Alegre, v. 80, n. 1, p. 1-3, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Pró-saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº3 de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, p. 8-11, 23 de jun. 2014a.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Estratégia intersetorial de prevenção e controle da obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Estratégia intersetorial de prevenção e controle da obesidade**: recomendações para estados e municípios. Brasília: CAISAN, 2014d.

CAMARGO, A. P. P. M. *et al.* A não percepção da obesidade pode ser um obstáculo no papel das mães de cuidar de seus filhos. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 323-333, 2013.

CARVALHO, M. A. *et al.* Análise comparativa de métodos de abordagem da obesidade infantil. **Rev. Port. Saúde Pública**, Lisboa, v. 29, n. 2, p. 148-156, 2011

CAVALCANTE, A. C. M. **Abordagem terapêutica da obesidade infantil**: Semelhanças e discrepâncias segundo a formação profissional. 2008. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2008.

CECCHETTO, F. H.; PENA, D. B.; PELLANDA, L. C. Playful interventions increase knowledge about healthy habits and cardiovascular risk factors in children: The CARDIOKIDS Randomized Study. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 109, n. 3, p. 199-206, 2017.

COSTA, S. M. *et al.* Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev. Bras. Med. Fam. Comum.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 27, p. 90-96, 2013.

COSTA, S. M.; DURÃES, S. J. A.; ABREU, M. H. N. G. Feminização do curso de odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1865-1873, 2010. Suplemento 1.

DAMNO, H. S. *et al.* Perfil profissional dos médicos atuantes na estratégia saúde da família no município de Campo Grande-MS. **Encontro: rev. psicol.**, Santo André, v. 16, n. 25, p. 125-137, 2013.

DIAS, L. C. G. D. *et al.* Sobrepeso e obesidade em crianças pré-escolares matriculadas em cinco centros de educação infantil de Botucatu-SP. **Rev. Ciênc. Ext.**, Assis, v. 4, n. 1, p.106, 2008.

DORNELLES, A. D.; ANTAN, M. C.; PIZZINATO, A. O papel da sociedade e da família na assistência ao sobrepeso e à obesidade infantil: percepção de trabalhadores da saúde em diferentes níveis de atenção. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1275-1287, 2014.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para consolidação do SUS. **Interface (Botucatu)**, v. 9, n. 18, p. 489-506, 2005.

FISHER, L. D. **Biostatistics: a methodology for the health sciences**. New York: Wiley-Interscience, 1993.

FONSECA, D. C.; OZELLA, S. As concepções de adolescência construídas por profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF). **Interface (Botucatu)**, v. 14, n. 33, p. 411-24, 2010.

FRANCISCO, L. V.; DIEZ-GARCIA, R. W. Abordagem terapêutica da obesidade: entre conceitos e preconceitos. **Demetra**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 705-716, 2015.

GENEAU, R. *et al.* Primary care practice a la carte among GPs: using organizational diversity to increase job satisfaction. **Fam. Pract.**, Oxford, v. 24, n. 2, p. 138-144, 2007.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-498, 2005.

- GOLAN, M.; CROW, S. Targeting parents exclusively in the treatment of childhood obesity: long-term results. **Obes Res.**, Baton Rouge, v. 12, p. 357–361, 2004.
- GONÇALVES, R. J. *et al.* Ser medico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 33, p. 393-403, 2009.
- GREJANIN, D. K. M. *et al.* As percepções sobre o "ser obeso" sob a ótica do paciente e dos profissionais da saúde. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.**, v. 17, n. 3, p. 37-47, 2007.
- JACOWSKI, M. *et al.* Trabalho em equipe: percepção dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Baiana Enferm.**, Salvador, p. 1-9, abr./jun. 2016.
- JAHNKE, D. L.; WARSCHBURGER, P. A. Familial transmission of eating behaviors in preschool-aged children. **Obesity**, Silver Spring, v. 16. n. 8, p. 1821-1825, 2008.
- KIRK, S. F. L. *et al.* Blame, shame, and lack of support: a multilevel study on obesity management. **Qual. Health Res.**, Newbury Park, v. 24, n. 6, p. 780-800, 2014.
- LOPES, E. Z.; BOUSQUAT, A. E. M. Fixação de enfermeiros e médicos na Estratégia Saúde da Família, município de Praia Grande, São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 19, p. 118-124, 2011.
- MALIK, A. M.; CAMPOS, C. V. A. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Rev. Adm. Pública*, vol.42, n. 2 Rio de Janeiro Mar./Apr., 2008.
- MALTA, D. C. *et al.* A cobertura da estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 327-338, 2016.
- MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O. L.; SILVA JUNIOR, J. B. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 4, p. 425-438, 2011.
- MALTA, D. C.; SILVA, J. B. O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para

o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 151-164, 2013.

MARTÍN, I. S. M. *et al.* Exceso ponderal infantil y adolescente: factores modificables, herencia genética y percepción de la imagen corporal. **Rev. Pediatr. Aten Primaria**, Madrid, v. 18, n. 72, p. e199-e208, 2016.

MARTÍNEZA, I. *et al.* Estilos de vida, hábitos dietéticos y prevalencia del sobrepeso y la obesidad en una población infantil. **Rev. Pediatr Aten Primaria**, Madrid, v. 12, n. 45, p. 53-65, 2010.

MAXIMIANO, T. O. Percepção de gestores e profissionais da saúde sobre a linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade. **Dissertação (Mestrado em Enfermagem)** – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2016. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/150314>. Acesso em: 10 fev. 2019.

MCEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases teóricas para a enfermagem**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MEDEIROS, C. R. G. *et al.* A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 15, p. 1521-1531, 2010. Suplemento 1.

MELLO, G. A. *et al.* Médico de família: ser ou não ser? Dilemas envolvidos na escolha desta carreira. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 475-482, 2009.

MERHY, E. E. *et al.* Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 113-150.

MORETTI-PIRES, R. O.; BUENO, S. M. V. Freire e formação para o Sistema Único de Saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 439-444, 2009.

NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus ações programáticas em saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 10, n. 2, p. 333-345, 2005.

NAVARRO, A. S. S. *et al.* Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da estratégia de saúde da família. **REME Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 61-68, 2013.

NEY, M. S.; RODRIGUES, P. H. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1293-1311, 2012.

NOVAES, J. F.; FRANCESCHINI, S. C. C.; PRIORE, S. E. Mother's overweight, parent's constant limitation on the foods and frequent snack as risk factors for obesity among children in Brazil. **Arch. Latinoam. Nutr.**, Caracas, v. 58, n. 3, p. 256-264, 2008.

OBARA, A. A. *et al.* Preconceito relacionado ao peso na conduta nutricional: um estudo com estudantes de nutrição. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, p. e00088017, 2018.

OGDEN, C. L. *et al.* Prevalência de obesidade infantil e adulta nos Estados Unidos, 2011-2012. **JAMA**, Chicago, v. 311, n. 8, p. 806-814, 2014.

OLIVEIRA, R. N. Sobrepeso e obesidade em crianças de diferentes níveis econômicos. **Rev. Bras. Cineantropom. Desempenho Hum.**, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 83-89, 2010.

ONIS, M.; BLÖSSNER, M.; BORGHI, E. Prevalência global e tendências de sobrepeso e obesidade entre pré-escolares. **Am. J. Clin. Nutr.**, João Pessoa, v. 92, n. 5, p. 1257-1264, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Obesidade entre crianças e adolescentes aumentou dez vezes em quatro décadas, revela novo estudo do Imperial College London e da OMS.**

Brasília: OPAS, 2017. Disponível em:

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5527:obesidade-entre-criancas-e-adolescentes-aumentou-dez-vezes-em-quatro-decadas-

revela-novo-estudo-do-imperial-college-london-e-da-oms&Itemid=820. Acesso em: 10 fev. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. OPAS. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade**: estratégia mundial sobre a alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília: OPAS, 2016.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA ALIMENTACIÓN; LA AGRICULTURA Y LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD SANTIAGO. **2016 panorama de la seguridad alimentaria y nutricional**: sistemas alimentarios sostenibles para poner final hambre y la malnutrición. Santiago: FAO, OPAS, 2017. Disponível em: <http://www.fao.org/3/a-i6747s.pdf>. Acesso em: 8 mar. 2019.

PAULINO, E. F. R. *et al.* Intervenções de enfermagem junto à família na prevenção da obesidade infantil. **Corpus et Scientia**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 14-20, 2011.

PEREIRA, R. C. A. *et al.* O trabalho multiprofissional na estratégia saúde da família: estudo sobre modalidades de equipes. **Interface (Botucatu)**, v. 17, n. 45, p. 327-340, 2013.

PERUZZO, H. E. *et al.* Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, e20170372, 2018 .

PINTO, E. S. G.; MENEZES, R. M. P.; VILLA, T. C. S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 657-664, 2010.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org>. Acesso em: 23 set. 2011.

ROMANO, V. F. A busca de uma identidade para o médico de família. **Physis**, v. 18, n. 1, p. 13-25, 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312008000100002>.

- SANTOS, D. F. B. *et al.* Implicações da pouca preocupação e percepção familiar no sobrepeso infantil no município de Curitiba, PR, Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1717-1724,
- SENSIBILIZADO. In: DICIO. **Dicionário Online de Português**. Porto: 7Graus, 2018. Disponível em: <https://www.dicio.com.br>. Acesso em: 22 jan. 2019.
- SILVA, A. C. M. A. *et al.* A estratégia saúde da família: motivação, preparo e trabalho segundo médicos que atuam em três distritos do município de Duque de Caixias, Rio de Janeiro, Brasil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 159-169, 2010.
- SOARES, N. T. Um novo referencial antropométrico de crescimento: significados e implicações. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 16, n. 1, p. 93-104, 2003.
- SOLETO, Y. O. M.; COLUGNATI, F. A. B.; TADDEI, J. A. A. C. Prevalência de sobrepeso e obesidade entre escolares da rede pública segundo três critérios de diagnóstico antropométrico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 233-240, 2004.
- SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1325-1335, 2009. Suplemento 1.
- TASSARA, V. *et al.* Importância do contexto sociofamiliar na abordagem de crianças obesas. **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 309-314, 2010.
- TOMASI, E. *et al.* Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. s193-s201, 2008. Suplemento 1.
- TYLER, D. O.; HORNER, S. D. Family-centered collaborative negotiation: a model for facilitating behavior change in primary care. **J. Am. Acad. Nurse Pract.**, Philadelphia, v. 20, n. 4, p. 194-203, 2008.
- VIGOTSKI, L. S.; *Pensamento e linguagem*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004
- WAKE, M. *et al.* Preschooler obesity and parenting styles of mothers and fathers: Australian national population study. **Pediatrics**, Springfield, v. 120, n. 6, p. e1520-e1527, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on non communicable diseases 2010**. Geneva: World Health Organization, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Multicentre Growth Reference Study Group. Assessment of differences in linear growth among populations in the WHO Multicentre Growth Reference Study. **Acta Paediatr.** 2006;450(Suppl);56-65.

WROTNIAK, B. H. *et al.* Parent weight change as a predictor of child weight change in family-based behavioral obesity treatment. **Arch. Pediatr. Adolesc. Med.**, Chicago, v. 158, n. 4, p. 342-347, 2004.

ZEHLE, K. *et al.* It's not an issue at the moment: a qualitative study of mothers about childhood obesity. **MCN Am. J. Matern. Child Nurs.**, New York, v. 32, n. 1, p. 36-41, 2007.

ANEXOS

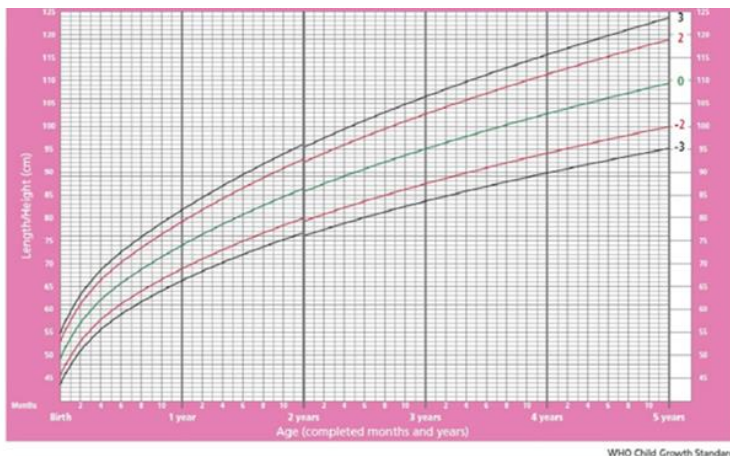
1. Classificação internacional da obesidade segundo o índice de massa corporal (IMC) e risco de doença (OMS)

IMC (kg/m ²)	Classificação	Obesidade grau/classe	Risco de doença
<18,5	Magro ou baixo peso	0	Normal ou elevado
18,5-24,9	Normal ou eutrófico	0	Normal
25-29,9	Sobrepeso ou pré-obeso	0	Pouco elevado
30-34,9	Obesidade	I	Elevado
35-39,9	Obesidade	II	Muito elevado
≥40,0	Obesidade grave	III	Muitíssimo elevado

Fonte: World Health Organization.

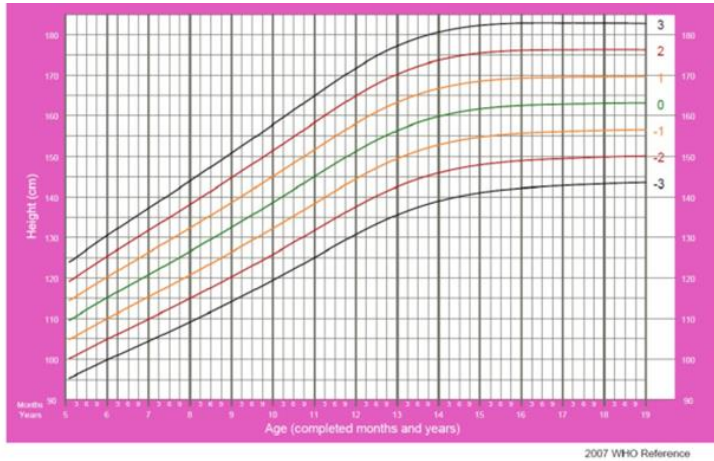
2. Curvas de IMC da Organização Mundial da Saúde (OMS)

Figura 1 – Curva de IMC da Organização Mundial da Saúde (OMS) para meninas de 0 a 5 anos.



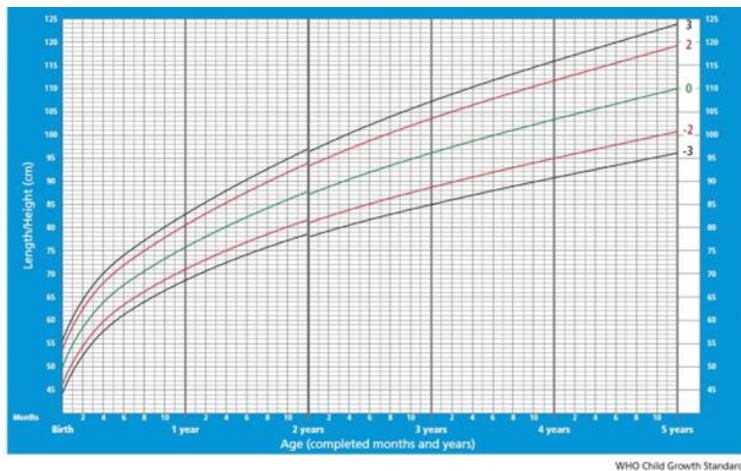
Fonte: WHO Growth reference data for 5-19 years, 2007

Figura 2 – Curva de IMC da Organização Mundial da Saúde (OMS) para meninas de 5 a 19 anos.



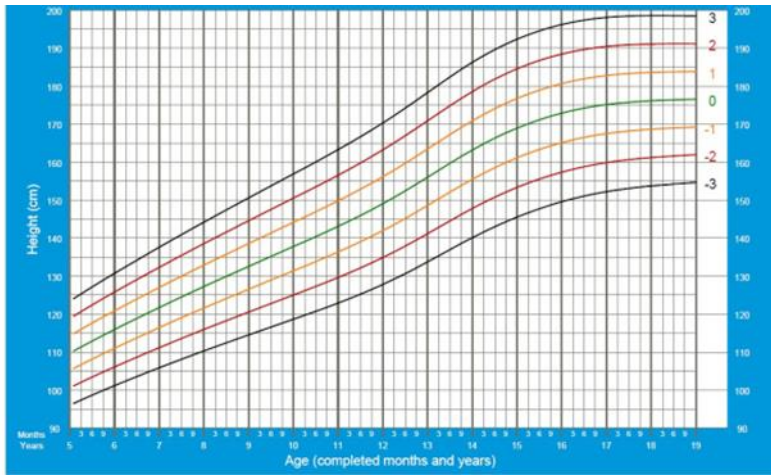
Fonte: WHO Growth reference data for 5-19 years, 2007 (<http://www.who.int/growthref/en/>)

Figura 3 – Curva de IMC da Organização Mundial da Saúde (OMS) para meninos de 0 a 5 anos.



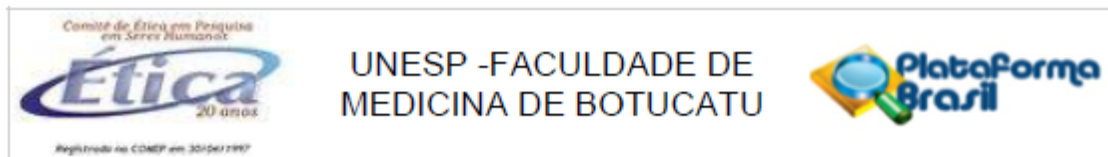
Fonte: WHO Growth reference data for 5-19 years, 2007 (<http://www.who.int/growthref/en/>)

Figura 4 – Curva de IMC da Organização Mundial da Saúde (OMS) para meninos de 5 a 19 anos.



Fonte: WHO Growth reference data for 5-19 years, 2007 (<http://www.who.int/growthref/en/>)

3. Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



UNESP -FACULDADE DE
MEDICINA DE BOTUCATU

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SOBREPESO E OBESEIDADE INFANTIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PERCEPÇÕES DOS MÉDICOS E ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM BOTUCATU-SP.

Pesquisador: MARINA BOLLINI E SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 79790417.4.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Pública

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 19 de Dezembro de 2017

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador)

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br

4. Termo de Consentimento

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) RESOLUÇÃO 466/2012

CONVIDO o Senhor (a) para participar do Projeto de Pesquisa intitulado "SOBREPESO E OBESIDADE INFANTIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PERCEPÇÕES DOS MÉDICOS E ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM BOTUCATU-SP", que será desenvolvido por mim, Marina Bollini e Silva, com orientação da Profa. Dra. Eliana Goldfarb Cyrino e coorientação da Profa. Dra Cátia Regina Branco da Fonseca, da Faculdade de Medicina de Botucatu -UNESP.

Trata-se de um questionário semiestruturado sobre a sua formação profissional e experiência no atendimento às crianças com sobrepeso e obesidade, e também uma entrevista com roteiro sobre o tema da pesquisa (sobrepeso e obesidade infantil).

O tempo previsto para a aplicação do questionário e da entrevista é de aproximadamente 20 a 30 minutos.

Os dados do questionário e da entrevista serão analisados de forma confidencial e sigilosa, e, seguindo os preceitos da ética em pesquisa, conforme resolução CNS 466/2012 em nenhum momento haverá a identificação do entrevistado em relação ao conteúdo analisado e descrito. A entrevista poderá ser gravada e, após a pesquisa, o áudio será apagado.

Não há riscos para os participantes, sendo o único prejuízo identificado o dispêndio do tempo para participar deste estudo e, os benefícios são de contribuir para o entendimento deste tema nas unidades da Estratégia de Saúde da Família de Botucatu a fim de promover uma melhor capacitação profissional e propiciar condições para melhor abordagem deste problema futuramente.

Fique ciente de que sua participação neste estudo é voluntária e que mesmo após ter dado seu consentimento para participar da pesquisa, você poderá retirá-lo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo em sua atuação profissional.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em 2 vias de igual teor, o qual 01 via será entregue ao Senhor (a) devidamente rubricada, e a outra via será arquivada e mantida pelos pesquisadores por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2ª a 6ª feira das 8.00 às 11.30 e das 14.00 às 17horas, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior - Botucatu - São Paulo.

Os dados de localização dos pesquisadores estão abaixo descrito:

Após terem sido sanadas todas minhas dúvidas a respeito deste estudo, **CONCORDO EM PARTICIPAR** de forma voluntária, estando ciente que todos os meus dados estarão resguardados através do sigilo que os pesquisadores se comprometeram. Estou ciente que os resultados desse estudo poderão ser publicados em revistas científicas, sem, no entanto, que minha identidade seja revelada.

Botucatu, _____/_____/_____

Pesquisador

Participante da Pesquisa

Nome (orientador): Profa. Dra. Eliana Goldfarb Cyrino

Endereço: Rua Reverendo Francisco Lotufo, 695

Telefone: 14 38811816

Email: ecyrino@fmb.unesp.br

5. Instrumentos de coleta de dados

Questionário

“SOBREPESO E OBESIDADE INFANTIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PERCEPÇÕES DOS MÉDICOS E ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM BOTUCATU-SP”- 2018

Data: _____

Unidade de ESF: _____

() Médico (a)

() Enfermeiro (a)

1- Idade: _____

2- Gênero:

a) Masculino

b) Feminino

3- Qual cidade em que nasceu?

4- Em qual ano você se formou na faculdade?

5- Por que escolheu trabalhar na atenção primária?

6- Tempo em trabalho na atenção primária: _____ anos

7- Tempo de trabalho nessa unidade: _____ anos

8- Formação realizada após a graduação:

a) Residência em Saúde da Família e Comunidade

b) Especialização em Saúde da Família e Comunidade

c) Residência em outra área. Qual?

d) Título de especialista em MFC

e) Título em outra especialidade. Qual?

f) Outra formação complementar. Qual?

9- Fez Pós-graduação (stricto sensu)?

a) Mestrado

1. Sim

2. Não

3. Em andamento

4. Área: _____

b) Doutorado

1. Sim

2. Não

3. Em andamento

4. Área: _____

10- Você atua como preceptor da graduação?

a) Sim. Em que curso? Em qual disciplina?

b) Não

11- E como preceptor da residência?

a) Sim. Qual residência?

b) Não

12- No seu curso de graduação houve algum destaque na formação para o atendimento à criança com sobrepeso e obesidade?

a) Sim

b) Não

13- No seu curso de graduação houve algum destaque em formação na Atenção Primária à Saúde?

a) Sim

b) Não

Entrevista

1. Pensando em sua atividade diária, o que é ser médico ou enfermeiro da Estratégia da Saúde da Família para você?
2. Conte um pouco sobre o seu trabalho (rotina) na USF.
3. Nesta unidade vocês exercem algum trabalho em equipe?
4. Você faz assistência à saúde da criança?
5. Atualmente, quais os problemas de saúde na infância você identifica na população da sua área de abrangência?
6. Se não abordou na questão anterior, perguntar: Você atende crianças com sobrepeso e obesidade?
7. Como você aborda, em seu atendimento, uma criança com sobrepeso ou obesidade?
8. Conte-me sobre um atendimento que você realizou a alguma criança com sobrepeso ou obesidade.
O que não abordou na questão anterior, complementar com as questões abaixo:
9. Você utiliza algum gráfico para classificar o estado nutricional das crianças? Qual?
10. Como você consegue classificar se a criança é portadora de sobrepeso ou obesidade? Qual referência do gráfico você usa?
11. Quando você faz o diagnóstico, você pede exames complementares? Quais?
12. Quais estratégias terapêuticas você utiliza na abordagem da criança com sobrepeso ou obesidade?

13. Quais as dificuldades que você enfrenta para cuidar de uma criança com sobrepeso ou obesidade?
14. Quais as dificuldades da criança e sua família no processo de adesão às orientações para tratar o sobrepeso ou obesidade?
15. Você encaminha para o serviço especializado esses casos? Em que situação? E para qual serviço?
16. Você utiliza o trabalho em equipe na atenção à criança com sobrepeso ou obesidade?
17. Quem ou quais são os serviços de apoio que você tem para auxiliar na condução dos casos? Há alguma rede de apoio na área em que você atua?
18. Você se lembra de alguma experiência bem-sucedida no seu atendimento à criança com sobrepeso ou obesidade?
19. Você gostaria de fazer alguma observação?

6. Transcrição das entrevistas realizadas

Enfermeiras

Enfermeira 1

1- Para mim ser enfermeira é um grande desafio porque é um trabalho bastante dinâmico e a gente lida com a complexidade da questão de saúde, entendendo ela com uma alteração biológica ou fisiológica, enfim mais que ela permeia toda questão social do paciente, as questões psicológicas, de crenças, valores, então essa complexidade, os atendimentos não são simplesmente uma prescrição seja ela médica ou de enfermagem, nutricional e por ai vai, você precisa olhar o todo, compreender o que vai além daquela doença, daquela alteração, compreender a família e com a passar do tempo você vai desenvolvendo habilidade em relação a isso e com o tempo de trabalho. Já faz 10 anos que estou aqui, contando o período da residência, então já conheço a família, então acho que isso é algo bastante complexo e desafiador também, ao mesmo tempo porque tem paciente que a gente acaba observando que já faz anos que a gente está acompanhando e que os quadros não mudam e é difícil você pensar também em planos no sentido de desenvolver autonomia, aquilo que não depende só da gente, aí eu resumiria dessa maneira.

2 - Minha rotina de trabalho, eu sou enfermeira da equipe azul, eu divido a unidade com a Débora e a gente acaba dividindo bem as tarefas mais burocráticas, então a gente não tem um dia específico para fazer o gerenciamento até porque eu acredito que isso caminha junto com a assistência, mas isso é algo que faço juntamente com ela então normalmente quando eu chego, no primeiro horário eu me dedico assim ao acolhimento mesmo, aos nossos atendimentos de demanda espontânea, auxiliar até a equipe de enfermagem no que for preciso, às vezes uma dúvida em relação a algum procedimento, uma dúvida em relação a alguma questão que a gente tenha que resolver, algum procedimento que seja só da nossa competência, às vezes chega um paciente que a gente pede para vir cedo porque não atrapalha a agenda, uma sondagem, enfim, esses pacientes já programados, e depois dessa primeira hora, seriam as consultas agendadas, que vão desde um pré-natal, puericultura, saúde do adulto, hipertenso, diabético, a gente tem retornos também de

pacientes com demandas em saúde mental, que a gente agenda periodicamente para não perder de vista esse acompanhamento, também insiro em alguns grupos na unidade, com uma rotina especifica, por exemplo o grupo de gestante que acontece 1 vez por mês, que é de segunda feira a tarde sob minha responsabilidade, e aí tem outros grupos também que a gente se insere como o grupo de resultado de Papanicolau que é de sexta feira à tarde. O período da tarde é o período mais tranquilo, por conta da demanda espontânea, da mesma maneira tem o acolhimento, a gente vai se envolver com isso, tem a agenda também, também junto com a Débora, conduzo a reunião de equipe quando é possível executá-la, penso na pauta, e também a parte burocrática que é olhar para os dados da unidade, a produção da unidade, as planilhas de sífilis, tuberculose, então é fazer um estudo, um mapeamento assim, com os dados que a gente tem da unidade, então acho que a rotina seria essa, aí tem outras questões de avaliação de funcionário, mediação de conflitos, que vão surgindo assim na caminhada.

3 - Sim, eu acho que quando a gente pensa em trabalho em equipe, um paciente que chega na unidade de saúde, e ai quando a gente vê a recepção, trazendo prontuário com os exames já impressos, por exemplo ou com a ficha de Papanicolau já impressa isso fica aqui na unidade para recepção, e ai a pré consulta chama esse paciente e a gente vai atender e a farmácia identifica alguma questão, vem conversar com a gente, discutir alguma situação específica que não ficou bem entendida, a pós consulta que tem alguma outra preocupação, já encaminha para vacina para checar a vacina desse paciente, tudo bem organizado. Eu considero isso também como uma parte do trabalho em equipe que acontece rotineiramente e eu acho que faz parte desse processo e fica muito claro quando as coisas não deram certo, que o trabalho em equipe não foi efetivo e eu sempre falo que se começou bem na recepção, a tendência é que corra tudo bem e quando não começa bem a tendência é que fique tudo difícil, a sequência de atendimento, mas eu acho que a gente executa sim, e exemplos não faltam, desde coisas pequenas, até casos, situações mais complexas, eu vejo que um paciente que vem para um controle pressórico, a equipe de enfermagem identifica que o paciente está com uma crise hipertensiva, o fato de vir aqui já discutir com o médico, já vir com o prontuário, verificar medicações, já dizer que o paciente não tomou ainda, o paciente está assim, enfim acho que isso já é trabalhar em equipe então desde situações mais

tranquilas de um prontuário que chega com tudo certinho, com a folha de rosto atualizada, com a ficha de dados cadastrais ok, até quando eu vou sentar e discutir com a gente comunitária, sobre algum atendimento, alguma situação que eu preciso que ela vá na casa, acho que isso é trabalhar em equipe e situações muito mais complexas que a gente tem o dia a dia, a gente senta para discutir com o NASF que é uma extensão, um braço do nosso trabalho, eu vejo que o trabalho em equipe se da em todos esses momentos.

4 - Sim, a gente faz atendimento de puericultura, tanto com agendamentos já programados, então compreendendo até o que o protocolo diz para gente, dos retornos conforme a idade da criança, de quanto em quanto tempo ela acompanha, considerando o risco da criança, então essa é uma prática do acompanhamento da puericultura, depois com os exames também a gente acaba acompanhando a criança, mas também a gente identifica bastante coisa nos atendimentos de demanda espontânea, que às vezes a mãe falta em consulta, e aí na demanda espontânea, às vezes vem 3-4 vezes naquele mês e aí você tem que pegar acender uma luzinha, agendar uma consulta, resolver ali na hora.

5 - Eu acho que esses problemas de saúde que eu mais me identifico, vai desde cárie, que eu acho que essa questão o dentista tem até mais condições de dizer do que eu, mas também quando a gente faz uma consulta de puericultura a gente faz uma avaliação geral, então eu acho que cárie é uma coisa que aparece, mas casos de desnutrição também um pouco mais isoladamente, mas temos crianças que não ganham peso, estão lá em baixo na curva e tem casos de sobrepeso e obesidade que são bem evidentes na população, eu acho que tem questões também de crianças que vem com demandas da mãe no caso de falta de limite, mas acho que isso é uma questão muito mais particular de quem educa do que do educado, eu traria como um problema mas muito mais como um agravo, mesmo porque eu acho que essa é uma questão da mãe que a gente precisa sentar e conversar.

6 - Sim, eu acho que essa é uma questão bem evidente aqui na unidade e ai a gente percebe que a família inteira precisa de intervenção, sendo bem difícil de tratar.

7 - Na realidade, aqui na unidade, a gente usa uma ficha de atendimento que foi construída por mim e pela Débora, com os médicos na época, para usar com todas as crianças, independente da faixa etária, a gente faz um recordatório alimentar,

então independentemente se é obesidade, sobrepeso ou desnutrição, mas quando é identificado uma obesidade, um sobrepeso a gente vai tentar orientar essa mãe num primeiro momento em relação à alimentação saudável, os 10 passos da alimentação saudável, uma abordagem inicial mesmo em alguns casos a gente chega a discutir com o médico de maneira muito específica, no sentido de ter um olhar médico para aquele caso, até considerando o histórico familiar de doenças crônicas por exemplo, então se já é uma criança mais velha, ver como está a questão da pressão arterial, que não é uma prática, aqui na pré consulta não inclui a verificação da pressão arterial por exemplo, aí a gente fica pensando nas questões dos exames, então se tem um histórico familiar importante, o que foi visto nesse recordatório, então, enfim, acho que essa é uma prática e aí a gente tem o NASF, que é um momento que temos de discutir caso a caso, às vezes fazer um atendimento compartilhado, quando a gente consegue, mas frequentemente a gente encaminha sim crianças com alguma demanda seja por desnutrição, seja em relação a obesidade e sobrepeso, mas acho que mais obesidade que são casos mais sérios.

8 - Que eu consigo me lembrar agora, uma criança de uns 9 anos mais ou menos e ela tinha obesidade, mas uma questão com família muito importante, a mãe que não dava nenhum tipo de limite, não só em relação a alimentação, que era só um outro pouco, mas que a criança não tinha limite nenhum, no atendimento isso era algo bastante claro, então me lembro exatamente da mãe falando “aí ele ficou com febre esses dias então vou ter que comprar um celular”. Mas porque comprar um celular? “ai porque ele ficou com febre”. Então quando a gente vai ver é uma criança que está lá em cima na curva, que precisa de uma intervenção, com histórico familiar, mãe com obesidade, diabética, pai hipertenso, enfim, e assim que eu consigo me lembrar, por isso que eu falo do limite, e como foi difícil e ela até perdeu o segmento, ela não deu continuidade e como é difícil porque ela não esperava isso do atendimento porque ela também teria que fazer mudanças, quando a gente fala de alimentação não tem como só uma pessoa, ainda se tratando de uma criança, não tem como, vai cozinhar só para a criança, precisa ser a família inteira, e também dela não se perceber como uma pessoa que tinha obesidade e poderia ser uma oportunidade para ela também aderir, ficar mais saudável, sendo uma diabética jovem, não vou lembrar a idade dela, mas o filho tinha 9 anos, então não era uma pessoa idosa. Consigo me lembrar de outros casos, mas era o inverso, era caso de

desnutrição, a Mônica acompanhou um tempo, a Letícia que chamou bastante atenção também.

9 - Sim, do SISVAN.

10 - Então até onde eu sei esse gráfico que a gente utiliza que está disponível aqui na unidade de saúde, ele não é o gráfico mais adequado, mais atualizado, porque acho que teríamos que seguir um outro padrão, não sei exatamente, mas o que temos de orientação é que temos que utilizar esse gráfico mesmo, visto a questão de impressão, então me baseio mesmo em colocar no gráfico e ver a questão do percentil, tanto para peso quanto para altura, e também o cálculo do IMC também é uma outra maneira da gente fazer avaliação.

11 - Nem sempre, na maioria das vezes não é uma prática para todas as crianças, mesmo porque nosso protocolo de enfermagem tem alguns limites, então quando eu sinto a necessidade e é um caso mais sério, a gente discute com o médico, então já tive experiência, dessa criança mesmo, de pedir hemograma, urina, fezes, que seria o pacote para criança que a gente teria mais autonomia, mas também glicemia de jejum, perfil lipídico, TSH, T4, pelo que me lembro dessa criança foram os exames que a gente solicitou, mas também nem tanta autonomia.

12 - Não sei se responde a pergunta, mas o que a gente faz, são as orientações, contando os 10 passos da alimentação saudável. Acho que marcar um retorno mais breve possível, acho que tomar cuidado para sempre pesar a criança, fazer medidas bastante adequadas, se vai pesar com roupa, que seja sempre no mesmo padrão, enfim esse cuidado, mas já tive experiência, acho que foi com a Letícia (residente nutrição), de ela fazer, não era um caso de obesidade, era um caso de desnutrição, mas de fazer desenhos, da criança também ter outras estratégias terapêuticas, mas muito mais voltado para área dela, porque eu também não sei se eu teria condições e competência, não que a gente não vá aprendendo, mas pelo que me lembro, ela pedia para criança desenhar, ela trazia desenhos, então enquanto conversava com a mãe, tinha um legume para criança desenhar, então eu considero isso estratégias terapêuticas também.

13 - A maior dificuldade é essa questão da interferência familiar, dos responsáveis que na grande maioria das vezes são as mães que trazem para consulta, mas de

não identificarem principalmente o sobrepeso como um problema, um agravo, porque na maioria das vezes isso também vai mexer com elas, porque elas muitas vezes também tem sobrepeso, obesidade e também pelo fato de ainda ter uma questão cultural de achar que mudar hábitos é caro, vai dar trabalho, sim, tem um trabalho um pouco maior, é muito mais fácil abrir um pacote de bolacha do que descascar uma fruta, lavar bem uma fruta, se for considerar essas questões, mas sem nem ao menos tentar uma rotina diferente, mesmo porque são mulheres que nem trabalham, são donas de casa e estão aí para educar, cuidar, enfim ser os responsáveis, que estão a maior parte do tempo com as crianças mas não têm um envolvimento. Eu falo de maneira geral por opinião, mas não que tenha atendido 10 casos no último mês e os 10 aconteceram isso, mas com base em todos os atendimentos mesmo, a impressão que a gente tem em relação a esses atendimentos, mesmo quando a gente propõe por exemplo, participando junto com a Mônica, com você, no grupo, a gente percebe que são poucas que tem o movimento de mudança de fato, enfim, eu acho que para crianças isso faz diferença porque são dependentes de outras pessoas e precisam estar dispostas, então vejo a maior dificuldades a questão dos responsáveis.

14 - Eu acho que a não adesão da família, nem da criança em si, lembro direitinho, não era sobrepeso ou obesidade, mas a mãe vinha com a queixa “ele não pode ver o pote de arroz, que ele quer comer arroz cru”, eu até pensei em uma verminose, mas fiquei pensando, que uma das questões era porque o pote de arroz está tão baixo também para a criança ter tanto acesso assim, se ela tivesse uma verminose, que fosse, mas o pote de arroz tem que estar para cima e quanto que a gente também não estimula, mas favorece para que alguns hábitos ainda sejam mantidos, então a criança só vai comer danone se tiver danone em casa, só vai comer bolacha se os pais comprarem a bolacha em casa, nós somos assim, os adultos dificilmente você vai sair para comprar alguma coisa no mercado pontualmente, então se a criança come é porque tem a disponibilidade em casa, por isso que a responsabilidade é da família, e a família não vai aderir , não está disposta na maioria das vezes, na minha opinião.

15 - Na realidade quando têm casos mais importantes nesse sentido de obesidade a gente vai discutir com o NASF né, e aí vai acompanhar. Particularmente eu não sei se tem um serviço especializado, mas eu acho que um ambulatório na UNESP, mas

eu acho que isso é muito pouco utilizado para questão de obesidade particularmente.

16 - Acho que sim, como eu expliquei no começo, à medida que a gente entende o trabalho em equipe desde simples ações mesmo, acho que isso se estende em todas as áreas, inclusive quando a gente considera o desenvolvimento infantil, casos que a gente tem que discutir com o agente comunitário por estar mais próximo, enfim, acho que sim.

17 - O NASF é um ponto, eu falo NASF considerando a questão nutricional, enfim, mas eu acho que algumas questões dá para discutir de uma maneira mais ampliada, com psicólogo inclusive, já tivemos um caso que a nutrição atendeu junto com residente de psicologia, mas fico pensando também, que a gente tem uma referência em pediatria, que é a Dra. Isabela que atende na Cohab 1 e que em algumas situações a gente pode fazer o encaminhamento para ela, mas a minha percepção que é bastante pontual, é que não tem uma resolubilidade, porque ela está fora da equipe, aí entra nessa questão do trabalho em equipe, porque aí devolve para a unidade de saúde, eu entendo dessa maneira.

18 - Que eu tenha acompanhado durante um tempo eu me lembro dessa criança e que teve alta-abandono, mas agora não consigo me lembrar de nenhuma criança que eu tenha tido sucesso, que tenha acompanhado tão regularmente, enfim, não que não tenha, mas não consigo me lembrar.

19 - Não.

Enfermeira 2

1 – Cuidar do paciente como um todo e da família

2 e 5 - Agente faz puericultura de rotina. O que vejo mais, tenho algumas crianças que são abaixo do peso e estatura e algumas crianças acima do peso eu tenho. Não são muitas. A maioria das crianças atendidas eu não tenho problema. Que eu me lembre, não tenho casos graves. É mais alimentação inadequada, mães compram salgadinho, bala, um monte de coisas... A verdura, a fruta da época que está mais em conta não acham que é importante.

3 - Sim

4 – Sim

6 - Atendo

7 - Vejo quando coloco no gráfico, mas tem que ter um pouco de cuidado para falar, senão a mãe se “espeta”. E a gente vai pedir um recordatório alimentar, desde a hora que acordou do dia anterior até a hora de deitar o que essa criança comeu. E sempre aparecem coisas bastante diferentes. No final da consulta, quando vou fazer as orientações, eu não vou falar que está tudo errado, alguma coisa tento dar uma agradada e falo que tem coisa que a gente vai ter que dar uma ajustada e eu oriento e eu falo se gostaria que eu pedisse uma orientação direto com a nutricionista do NASF e daí peço para orientar, pois, a gente falando é uma coisa, mas um reforço da nutricionista do NASF ajuda também.

8 - Eu atendo um pai que tem muita dor nas pernas, joelhos... e as crianças também são obesas, a mãe também... Daí fui conversando com os pais, porque eu já me lembrava que as crianças já eram obesas e aí eu falei que a gente tem que melhorar a alimentação, que somos espelhos para os filhos, tem um que não gosta de abobrinha, e é porque a gente não come. E quando eu falei (e isso me marcou muito!) que a dor dele era devido ao sobrepeso, ele não consulta mais comigo, ele não gosta de mim, mas eu falei de boa. Às vezes a gente está mais pesado e já sabe que é devido ao sobrepeso. Foi assim, ele “embrabou” e não passa mais comigo. As crianças continuam obesas (lógico!) e acaba marcando... A gente tenta ajudar.

9 e 10 - Eu uso um gráfico que temos no posto. Eu até já pedi para nutricionista o gráfico de IMC, que acho que ajudaria bastante.

11 - Se eu achar que tem necessidade, peço hemograma e glicemia, o doutor pede TSH e T4 livre.

12 - A gente fala para mãe, que sempre fala ele não quer comer comida não quer comer verdura, mas daí ele come danone, come chocolate, come bala, pirulito... “Mas então come porque você compra”, então a gente fala né que isso aí a gente poderia deixar mais para o final da semana né e durante a semana tem que ter uma alimentação saudável pelo menos almoço e jantar tem que ser saudável tudo teria que ser saudável, mas se a gente não consegue vai tentando.

13 e 14 - Alimentação inadequada mesmo, esse consumo de doces e guloseimas e os pais que oferecem, porque se a gente não comprar não vai ter. Eu oriento também atividade física, se não faz tentar colocar em uma atividade física, mas...

15 - Encaminho para a Nutri do NASF e daí a Nutri tem avaliações, orientações e a gente vê o desdobramento. Assim, criança nunca saiu daqui por causa da obesidade.

16 - Sim, a agente comunitária vem falar “tal criança está obesa”, as auxiliares de enfermagem têm um olhar e aí se tem alguma coisa eu faço uma interconsulta com o doutor daí a gente tem o NASF. Eu gosto muito de trabalhar com o NASF, porque a gente vai discutir com o psicólogo, discutir com a nutricionista, com a educadora física. Eu acho isso muito rico, acho que me ajuda muito.

17 - NASF. É aqui na unidade mesmo. Poderia pensar no CRAS/CREAS fornecendo uma cesta de verduras, mas isso não temos no município. O que tenho de apoio em atendimento é o NASF.

18 - Doença obesidade não, pois na verdade a gente se preocupa com a criança mas tem que ir muito além, ir lá na mãe e no pai. Ah, hoje eu tenho uma que já é grande, mas que quando passava comigo tinha 9 anos e o pai era diabético e daí a mesma já estava obesa também, ela daí vinha conversar, eu orientava e nada dava certo... daí a mãe falou “não vai dar certo nunca! O pai dela faz lanche, frita linguiça, bacon para ela todos os dias, então não vai dar certo nunca mesmo”. Acho que para a gente conseguir não é nem a criança, mas é a mãe o pai que a gente tem que trabalhar, a vó porque a vó dá de tudo. Aquela loucura! Então assim, acho que a gente tem que trabalhar a família, a criança a gente tem aquele olhar naquele momento, mas a educação, a mudança tem que ser da mãe, do pai, da avó.

19 - Acho que é difícil mesmo trabalhar com as crianças, não pelas crianças, a educação tem que vir dos pais, é o que conta mesmo. A gente vê criança com birra, que bate na cara da mãe, que morde. A gente olha para criança e fala “olha que falta de educação” mas não é a criança é a mãe então alimentação não é a criança é a mãe e o pai. Nós somos um espelho.

Enfermeira 3

1 - Enfermeira de Estratégia da Saúde da Família para mim, pensando assim na questão de como eu gostaria de trabalhar, é enfermeira que vai estar no cuidado de toda a família, de toda uma comunidade, né? Pensando na parte de promoção, prevenção, do indivíduo como um todo. O indivíduo inserido na família, inserido na comunidade.

2 - O trabalho é dividido em 2 partes, a administrativa e a assistencial. Na assistencial a gente acaba ficando muito na parte curativa eu acho, porque a gente acaba não conseguindo, por causa da demanda, a gente acaba não fazendo a parte preventiva, de ir nas escolas, fazer grupos, né? Então a gente fica mais com aquelas pessoas que vêm para fazer tratamento já, hipertensos, diabéticos. Nós estamos começando agora montar alguns grupos, mas acredito que tá difícil, não só aqui nesta unidade, mas no sistema como um todo né? A questão da ESF não está sendo realizada. Nós estamos fazendo mais a parte curativa e a parte burocrática, a gente fica com toda a questão de gerenciamento da unidade, gerenciar a equipe de enfermagem, toda a parte da unidade mesmo, necessidades do prédio, de material de enfermagem, tudo isso.

3 - Olha, a gente tem tentado né, mas eu acredito que isso seja uma coisa difícil, não só nesta unidade, mas também em outras. Acho que é uma questão bastante difícil, uma questão que precisa ser trabalhada mais. Eu acho que as pessoas trabalham muito como grupo, mas não como equipe mesmo.

4 e 5 - A maior parte das crianças, as muito pequenas, tem problema respiratório. Mas as crianças que vêm em puericultura mesmo, a gente percebe muitos problemas das mães não conseguirem lidar com as crianças, falta de limite e a questão nutricional é importante, de obesidade, alguns exames alterados. Acho que são mais essas questões.

7 - Aí depende da idade da criança. Eu converso com a mãe e a criança, vou explicando as coisas de uma forma que a criança consiga entender, mas a maior parte da abordagem é com as mães e a gente sempre orienta o que seria uma alimentação adequada para ela estar evitando as guloseimas. As mães vêm e “ah, mas eles comem todos os dias, não sei o que...”. Mas quem é que está comprando? Criança não vai sozinha lá comprar. Então eu abordo assim, orientando mais as mães, a questão do limite mesmo, evitando as guloseimas.

8 - Assim, recentemente eu não atendi nenhum. Mas teve um caso grave, na verdade não foi um atendimento, foi da outra enfermeira, mas que a gente está sempre compartilhando né? Mas assim, a maior parte dos atendimentos eu procuro conversar bastante com a criança também, dependendo da idade, quando já consegue entender, eu converso bastante com a criança, mas eu acredito que talvez se a gente conseguisse fazer algumas oficinas de alimentação mesmo com adolescentes, crianças, seria interessante.

9 - A gente utiliza aquele gráfico do ministério, que a gente recebe aqui, peso X idade.

10 - Bom, eu uso o P50 como referência do que ele deveria estar pesando para a idade. Daí obesidade acima do P90.

11 - Sim, geralmente a gente pede o perfil lipídico, a glicemia, hemoglobina glicada e os hormônios da tireóide.

13 - Eu acho que a dificuldade às vezes é a questão da rotina alimentar que tem que mudar para todos e a questão hoje em dia, que eu acho que é muito importante, é a situação financeira das pessoas. As coisas mais naturais, que seriam mais importantes, são mais caras. Por que você fazer um suco de laranja todos os dias sai mais caro do que você comprar um refrigerante, né? E hoje em dia as pessoas acabam indo pelo o que é mais barato né? O que as crianças gostam. Então tem muito comodismo das mães né? Acho que esse é o maior desafio. Fazer eles entenderem né? E buscar alternativas. Porque às vezes eu falo que as frutas tem que ser comidas 3x por dia e eu entendo que isso é difícil, nem a gente consegue, mas daí eu falo: "Procure as frutas da estação, que são mais baratas". Às vezes tem pé de fruta no quintal. Mas acho que a questão financeira é complicada...

15 e 16 - Normalmente a gente começa com o NASF, a nutricionista né? No caso de ter criança com obesidade mesmo, e que os exames já estiverem alterados, daí a gente já passa para a nutricionista.

17 - Não tem.

18 - Tem algumas crianças sim que a gente atende, conversa, orienta e quando volta as mães falam que melhorou e a gente percebe no ganho de peso, que estamos conseguindo controlar.

19 - Não, acho que já falei tudo já.

Enfermeira 4

1 - Escolhi a APS por questão de prevenção de agravos e promoção da saúde. Para mim, além disso, assistir e participar das questões comunitárias. Acho que para mim é isso resumidamente.

2 - Nessa unidade atuo como gerente e assistente, então tem um período de tempo que eu tenho que fazer questões administrativas, fora isso eu tenho agenda, então cada período tem uma população alvo, tanto individual como em grupo. Basicamente é isso, assistir e gerenciar.

3 - Sim, tanto com os colegas que trabalham aqui, dentistas, médicos, quanto os colegas que são matriciadores, gineco, pediatra, psiquiatra, saúde mental e nutrição.

4 e 5 - Questões de saúde mental, a questão de limites é importante e questão respiratória, o próprio sobrepeso e obesidade, a gente tem bastante criança! Acho que essas são as principais coisas mesmo. Erro alimentar... é mais isso mesmo.

7 - Acho que a primeira coisa é identificar, porque para a criança tem o gráfico né? Porque a criança é diferente do adulto, ela tem seu crescimento associado ao peso, e então isso vai mudando bastante ao longo do tempo. Acho que essa é a primeira coisa, por que já aconteceu de eu pegar uma criança obesa mórbida, que tem 6 anos, com o dobro do máximo do peso e ela ter uma complicação grave, ir para a UTI por causa também da obesidade e quando eu fui pegar o prontuário essa criança estava classificada como sobrepeso e não era sobrepeso de jeito nenhum. Então a primeira coisa é identificar para fazer um seguimento, retornos, fazer o gráfico, discutir com a nutrição, porque às vezes o problema da criança não é só alimentar. Como eu disse aqui, um dos principais problemas é a questão de limite.

8 - Nossa! Aqui a gente tem muita criança com sobrepeso e obesidade, não é um caso único. O que me chamou a atenção é a Kauani, essa criança de 6 anos, por que o pai, a mãe e a irmã são obesos importantes. A irmã tem 12 anos e as 2 são

super obesas, com IMC de 30 e a outra de 38 (quase 40!), uma de 6 e a outra de 12 anos. E me chama atenção, assim, as consequências que elas tiveram por causa disso. Então essa de 6 anos, com bronquite asmática severa, tinha uma respiração alterada, quando passava em consulta não era identificado porque aquela respiração era associada ao peso, nunca fez uma investigação cardiológica, uma investigação respiratória. De fato ela tinha uma asma grave, sem tratamento nenhum. Por causa disso ela teve uma “gripe”. E essa gripe a levou 13 dias na UTI. Ficou na UTI e saiu de lá com traqueostomia. Até agora ela está com traqueo e a irmã dela, de 12 anos, teve duas quebras na mesma perna. Então são as consequências da obesidade, mas assim, sobrepeso a gente tem sempre.

9 e 10 - Nós temos aqui o da OMS, e só tem esse. O correto é um outro que é mais específico, que é a última versão. Mas a gente usa o que tem aí. Ele já dá uma base, por que tem umas coisas que são muito fora, então ele já é suficiente, já dá uma ajudada.

11 - Sim, principalmente a parte da glicemia, tireóide (é difícil ter passado no teste do pezinho sem identificar, mas é possível, não é impossível, então a gente tem que pedir), colesterol também a gente pede, além dos clássicos HMG, urina 1 e parasitológico de fezes. As condições sanitárias aqui são muito boas, as famílias têm uma condição muito boa, raramente vem uma parasitose intestinal, mas a gente pede. São basicamente esses. E vem muitas vezes com hipercolesterolemia.

12 - Acho que a principal estratégia é manter uma rotina de tratamento, então, uma reavaliação mais breve. Não adianta seguir o calendário padronizado para as consultas, porque elas têm outras questões que exigem uma proximidade maior com a unidade. Então realmente fazer um recordatório, realmente entender como são os hábitos alimentares da família, entender o que os pais pensam da alimentação da criança, por que alguns erros são por ter compreensões equivocadas do que seja uma alimentação saudável e discutir com a nutrição... Daí a gente volta, às vezes ela aborda questões que eu não abordei, atividades físicas que as crianças podem participar para a faixa etária delas, conversar com os pais. Teve uma criança também que está bem acima do peso e ela é por falta de limite, então com ela tive que acionar além da nutrição, a psicóloga. É um menininho que tinha uma

infantilização. Tive que chamar os pais, em separado, para conversar, porque a estratégia com ele foi mais saúde mental, então depende de cada criança.

13 e 14 - O quanto cuidar de uma criança significa cuidar de uma família. Então, porque essa criança não vai cozinhar para si, não vai se matricular em uma atividade física, ela não vai se trazer para a consulta (dependendo da faixa etária ela até vem para a consulta, né?), mas a maioria absoluta não, mas são essas questões. Tem que modificar o todo, não ela mesmo. E isso é mais difícil. Agora em relação à dificuldade de processo de trabalho não, porque o médico sempre me ajuda a checar, a nutricionista está sempre aberta, agenda... Educador físico, fisioterapeuta para discutir o exercício ideal para cada faixa etária e a psicóloga também quando precisa. Realmente a natureza do “ser criança” com a doença acredito que não seja só o problema da obesidade, é um problema de toda doença na criança.

15 - Sim, para o CIPRAN, quando, por exemplo, essa criança de 6 anos, como eu não tinha ciência, que acabou sendo entubada, eu não a conhecia (eu tinha acabado de chegar na unidade), quando eu a vi, ela já tinha tido a complicação. Acabou indo para a UNESP e lá indicaram o CIPRAN porque é um caso grave, mas é uma possibilidade. Os outros casos não são tão graves, eles exigem um manejo mais com a família.

17 - Tenho o NASF e a pediatra que vem atender em alguns dias, mas acho que é o CIPRAN no máximo.

18 - Ah sim! Tem crianças que pararam de ganhar peso, seguiram a curva. Às vezes até as crianças pequenas, que nem alcançaram os 2 anos ainda e a curva já estava indo para cima e depois começou a equilibrar. Não foi só uma não, foi em várias unidades.

19 - Acho que isso tem acontecido bastante, é o diagnóstico de enfermagem que eu mais dou! Tanto em criança, quanto em adulto e quanto em idoso.

Enfermeira 5

1 - É um enfermeiro que não atende o paciente na forma individual, a gente o atende em comunidade, na sua família, na sua rua, no seu bairro e a gente vê vários aspectos, não só o aspecto fisiológico, mas psicossocial também.

2 - O enfermeiro a gente trabalha normalmente no esquema de agenda, a gente atende gestantes, puericultura, os programas como hiperdia, pacientes diabéticos, os atendimentos individuais. Então tem uma parte bastante grande assistencial do enfermeiro e tem a parte administrativa também, que é onde enfermeiro vê a questão de falta de materiais, reposição de funcionários, folgas, férias, e reposição. Basicamente a minha rotina é essa, uma parte assistencial e outra administrativa.

3 - Sim, por exemplo, as demandas dos agentes comunitários que muitas vezes eles trazem para mim a gente faz uma discussão juntos para depois ir fazer uma abordagem em domicílio, então a gente faz sim.

4 - Sim, faço. Nas consultas de Puericultura.

5 - Varia muito de acordo com a faixa etária, mas nos bebês, por exemplo, eu observo muito dermatite de fraldas, desmame precoce, isso nos bebês. Nas crianças já na idade entre 1 ano até 4 anos a gente vê muito a questão das escabioses principalmente nas crianças que estão na escola, institucionalizadas, a parte de escabiose e pediculose e de uma forma geral sim, nessa faixa etária também infecções de vias aéreas superiores, as pneumonias, as amigdalites, as rinites, é bem comum.

6 - Sim, também aparece e é frequente hoje em dia. De quatro crianças agendadas em consulta de Puericultura para mim pelo menos uma dessas crianças tem sobrepeso.

7 - A questão do erro alimentar. Eu levanto o recordatório alimentar junto com a mãe, vejo o que a criança come e nas minhas orientações eu já tento ajustar a questão da mãe diminuir para a criança a oferta de carboidratos, de refrigerantes, dos enlatados, dos embutidos e dos doces. E assim, quando eu vejo uma criança com sobrepeso, eu peço alguns exames também bioquímicos para essa criança. Eu peço glicemia de jejum, colesterol... Vejo a parte do lipidograma, colesterol e triglicérides e peço, na maioria das vezes, função tireoidiana para essas crianças também, TSH e T4livre. É o que eu faço.

8 - Não foi nessa unidade, foi no Santa Elisa semana passada. Daí, o que eu observei com essa criança? É uma criança de 5 anos que estava com sobrepeso, não vou me lembra exatamente, mas eu fiz o IMC ali na hora e quando eu fui questionar a mãe, a alimentação da criança era super errada, sempre depois do almoço a criança tomava uma mamadeira ainda, depois do jantar ainda tomava mamadeira e assim a alimentação durante o dia era muito desregrada. Por exemplo, eles almoçavam só, na janta sempre era pão, miojo... Então assim, a principal refeição que era o jantar sempre era substituída por outra coisa, ou por lanche, ou por pão ou miojo. Isso eu observei. O que eu observei é que é muito difícil a gente falar do erro alimentar, porque não é um erro da criança, é um erro da família como um todo. Então isso é bem complicado porque é uma orientação que você não está dando só para a criança, mas acaba dando para toda a família como um todo né? Porque daí a mãe fala: "Mas a gente está acostumado a comer miojo", "Mas mãe, vamos tentar tirar esse miojo da janta, vamos tentar dar o arroz e feijão mesmo, uma saladinha". Então assim, é nesse sentido.

9 e 10 - O gráfico padrão, aquele azul que a gente usa, que é o de Marcondes Salgado, né? Que é aquele que fica dentro do prontuário, é só aquele que eu avalio.

11 - Glicemia de jejum, função tireoidiana e lipidograma.

12 - Normalmente esse prontuário eu separo para discussão com o NASF com a nutricionista também, e com a educadora física até para a gente ver um plano de ação, uma coisa para essa criança assim, envolvendo a parte nutricional que tem que ser revista que, por exemplo, eu falo até na parte do recordatório alimentar, falo "Oh mãe, está errado", mas assim, eu sempre separo esse prontuário para encaminhar depois para discussão com a nutricionista do NASF e com o educador físico para ver a possibilidade também de entrar com uma atividade física para essas crianças porque o que a gente observa no dia-a-dia é que boa parte das crianças são sedentárias também, elas não praticam atividade física nenhuma.

13 - A família é a minha maior dificuldade, porque é como eu falei, gente tem que mexer com o hábito alimentar de toda a família, não adianta eu falar para a mãe que para a criança fazer um pratinho com arroz, feijão e uma saladinha e um pedacinho de carne e o resto da família está comendo uma super macarronada ou

lasanha. Então é complicado, eles têm que entender que são hábitos que envolvem a mudança da família como um todo.

14 - A família e a questão da mudança dos hábitos alimentares é uma coisa muito difícil que a gente vive. Eu falo que é um desafio muito grande pra conscientizar essa família da mudança, de começar fazer as refeições serem saudáveis, e isso é muito difícil e é muito difícil você tirar esses hábitos e esses costumes da família. “Ah, mas a gente come pão com mortadela na janta há muitos anos, sempre foi desse jeito”. É difícil! E da conscientização da importância da atividade física é outra coisa que eu sinto muita dificuldade mesmo.

15 - Não. Normalmente eu não encaminho. Normalmente eles ficam aqui mesmo só é encaminhado para o NASF ou alguma coisa aqui. E se for um caso que a gente veja que não tem resultado, às vezes a gente encaminha para a endócrino-pediatria, mas é difícil. Até hoje na minha vida acho que foi uns 2 casos só que a gente encaminhou, por que daí eram crianças que tinham outros problemas também, crianças diabéticas, com problema de tireóide, entendeu? Por que pra gente fazer esse encaminhamento para esse serviço especializado, só o sobrepeso e a obesidade eu não consigo, ela tem que ter algum outro problema endócrino junto associado.

16 - Sim, com o médico. Depois que eu atendo essa criança com sobrepeso sempre vou dar uma discutida com ele e com o agente comunitário dessa criança também, muitas vezes eu vou lá questionar, perguntar se ele sabe como é, quantas pessoas moram na casa, os hábitos alimentares deles. Então com 2 pessoas que eu converso mais essa questão: com o médico e com o agente comunitário.

17 - Não, atualmente eu não tenho, o apoio que eu tenho no momento é do NASF mesmo, o educador físico, o nutri, mas não só o nutri e o educador físico, porque tem criança que a gente sabe que aquela obesidade, aquele sobrepeso dela tem fatores emocionais envolvidos e a gente tem também o apoio do psicólogo do NASF. Então basicamente quem me apoia hoje é o NASF, eu não tenho outro serviço de apoio.

18 - Não, não me lembro... Vou ser sincera, quando eles voltam no retorno boa parte desses pacientes retorna com os mesmos hábitos alimentares, você pergunta se está fazendo atividade física e não está realizando atividade física.

19 - Não.

Enfermeira 6

1 - Olha, além de ser complexo, eu diria atualmente que eu divido meus horários com atendimentos eventuais, a maioria deles, agendados e faço toda a questão administrativa da unidade inclusive a questão de epidemiologia, gerencia de equipe, agente comunitário, território, Intersetorial com a escola, todo esse processo mesmo de organização do funcionamento da unidade. É cansativo, mas é uma coisa que eu gosto.

2 - Basicamente eu fico 8 horas do dia na unidade e cada dia eu tenho um programa de atendimento, saúde da mulher, saúde da criança, hipertenso e diabético, e dentro das atividade eu vou me organizando, atividades em grupo, atividade de matriciamento, atividade com estudante, basicamente isso. E a parte gerencial eu vou fazendo também. Teoricamente eu tenho um período para gerenciar a parte administrativa, mas faço isso junto com os atendimentos também, porque um período é muito pouco e insuficiente, mas as coisas vão acontecendo e a gente vai resolvendo né?

3 - Sim, na verdade tudo. É uma unidade com uma equipe só, então eu, a Elaine e a Natalia dentista somos super próximas, a unidade é multi porque tem sempre farmacêutica, auxiliar, agentes comunitários, o NASF, matriciamento de gineco, pediatria, psiquiatria, então a gente tem bastante proximidade com esses profissionais, fora os estagiários que a gente recebe também, basicamente da medicina e enfermagem e o NASF que rodam outros profissionais, mas tudo é em equipe, fora a reunião de equipe que é uma vez (que foi diminuído o tempo né?) quinzenalmente, 1 hora, 40 minutos, o tempo que a gente consegue.

4 - Sim

5 - Nas consultas eventuais, as queixas são meio sazonais. O que tá pegando nessa transição de tempo são as queixas respiratórias e depois no verão, as diarreias,

questões alimentares. Nas consultas agendadas tem sempre um pouquinho de tudo, mas acho que o erro alimentar é o que mais tem.

6 - Sim.

7 - Durante a consulta a gente já tem a rotina de fazer um recordatório alimentar e lançar a criança no gráfico com o peso e a altura, isso já dá um norte no direcionamento das orientações, mas o problema são os pais na verdade. Eu aqui tenho pouca experiência com puericultura com pai e mãe, geralmente quem vem é a mãe, o pai tem pouca participação no processo e um ou outro cuidador, o que para mim não é muito interessante porque geralmente eles não sabem como é a rotina da criança. Mas o erro alimentar é o mais frequente.

8 - Não me lembro de nenhum específico, eu me lembro na verdade o que acontece no geral, essa questão do erro alimentar, que está relacionado com a obesidade. É o consumo de bolacha, salgadinho, refrigerante, pirulito. Às vezes a criança já entra chupando pirulito, com alguma coisa na boca e que te atrapalha até no exame físico, você fala: "Mas você está comendo bolacha agora? Guarda esse pacote, deixa eu examinar primeiro", mas é o que mais vejo com frequência e os muito bebezinhos é a questão do desmame precoce, mesmo elas não tendo condições de manter um leite em pó, uma fórmula adequada para a faixa etária, elas desmamam super rápido, totalmente desnecessário, sem relação com o trabalho, com as atividades do dia, é porque querem desmamar mesmo.

9 - Sim, a gente usa o do ministério mesmo, o que é padronizado. O azulzinho para menino e o rosinha para menina.

10 - Na verdade, além de observar no gráfico, eu dou uma observada no crescimento da criança, desde quando ele nasceu, de repente se ele já nasceu abaixo do peso ou acima do peso e a curva tem que estar ascendente, nunca para menos e daí eu dou uma avaliada na questão também familiar, como os pais são, qual o comportamento da questão do recordatório alimentar, para tudo isso chegar em uma alteração de peso né?

11 - Nem sempre. Depende muito da faixa etária da criança e de que situação nós estamos. Por exemplo, a criança teve um pico de peso no P90, o resto ela estava

bem, e também eu tento investir na mudança de hábito e depois em uma coleta de sangue, principalmente em uma criança pequena né? Menor de 2 anos. Se é uma coisa crônica, já faz algum tempo que está em acompanhamento e não teve melhora daí basicamente é colesterol, HDL, triglicérides e se tiver alguma questão com anemia, um HMG, e às vezes uma alteração de tireóide da mãe, algum teste do pezinho que eu não consiga ver o resultado é que eu peço TSH e T4. São esses.

12 - Essa é uma questão de se pensar, porque também acho que a abordagem nem sempre é lúdica, é de tempo suficiente. O que consigo realmente é conversar durante a consulta mais com a mãe, tento colocar a criança interagindo, pergunto que tipo de legume que gosta, para eu saber realmente até se ela sabe o que é isso, o nome das coisas, mas eu não consigo fugir disso. A abordagem é no consultório mesmo.

13 - A dificuldade são os pais, na verdade o que eles entendem de proposta de alimentação saudável, o que eles entendem da proposta de sentar a mesa e comer junto em família, eu tenho essa dificuldade porque hoje em dia eles comem comendo pela casa, sentados na TV, então é mais nesse sentido. Eu tento resgatar uma coisa na família, para ver se o pai e a mãe entendem para depois chamar a criança para isso. Para ela comer porcaria é normal, não tem nada de errado.

14 - Eu acredito que tenha uma questão financeira porque nem sempre o acesso aos alimentos é difícil. Aqui no bairro que não tem supermercado grande, as frutas são mais caro, eles podem ter essa dificuldade, mas eu acredito também que dá para se organizar, não é nada impossível. Mas eu acredito que a dificuldade de adesão é querer realmente mudar o estilo de vida, porque daí não vai mudar só o da criança, vai mudar o do pai, da mãe, do irmão mais velho, enfim, que já entende um pouco mais, daquela avó que tem o costume de fazer fritura todos os dias e também mora na casa, tem que mudar da casa inteira e isso é difícil né?

15 - O nosso primeiro contato é o NASF. Na dificuldade de eu estar tentando e não estar evoluindo e eu achar que precisa da abordagem nutricional, isso é tranquilo da gente conversar e de fazer. Os casos que têm alteração de exames a gente encaminha para a UNESP, pensando em um colesterol alto, alteração de triglicérides, mas também não é com frequência.

16 - Acho que essas reuniões com o NASF também é para abordar esse tipo de tema, tanto com a gente, quanto com as outras meninas da equipe, e o que chama muito a atenção a gente acaba trazendo para uma consulta agendada. Por exemplo, as meninas que estão na vacina, “nossa, está muito acima do peso, não tem consulta agendada?”. Então acho que a abordagem conseguimos fazer com a equipe toda.

17 - Nosso apoio é o NASF e aí os casos graves a nutricionista às vezes tenta também algum ambulatório um pouco mais específico e nos casos das alterações, se não tiver resposta, no caso das dietas, se o pai realmente mudou comportamento, daí a gente encaminha para a endócrino-infantil, mas também não é com frequência.

18 - Nesse momento eu me lembro só das não bem sucedidas, infelizmente são as mais comuns, porque depois que você introduz o doce, que as coisas estão muito fora assim da regra, é mais fácil eles não vir ao retorno com a nutricionista, não vir ao retorno com a gente, principalmente se a criança ainda estiver com os exames normais, “ah, vou ficar assim mesmo porque ainda está tudo bem”, é mais nesse sentido assim, não tenho muito sucesso.

19 - Não

Enfermeira 7

1 - Bom, eu trabalho na ESF há 15 anos. Ser enfermeira na ESF é pensar no paciente como um todo, pensar em um atendimento com qualidade, de maneira integral, atender todas as necessidades dele.

2 - Bom, aqui eu sou enfermeira assistencial e gerente. Na gerencia eu vejo toda a parte relacionada à assistência da enfermagem, toda a parte relacionada ao RH, a parte da manutenção, estrutura física, prédio, e na assistencial eu faço atendimento à criança, ao idoso, à gestante, ao adulto de maneira geral.

3 - Sim, o trabalho em equipe que a gente exerce é no atendimento, na consulta extra, compartilhada ou na agendada compartilhada. Nós temos o pessoal da residência multiprofissional e a equipe NASF que a gente acaba discutindo, fazendo

matriciamento, atendimento mais compartilhado eu faço com a doutora Isabel, ginecologista.

4 - Sim, a puericultura na verdade. E eu faço um grupo com as crianças do bolsa família que eu separo as crianças , faço o atendimento dessas crianças primeiramente e depois eu converso com as mães, enquanto os agentes comunitários e os residentes ficam com as crianças. E o atendimento de puericultura a gente faz toda a anamnese, desde o peso, a altura, o percentil da criança, se é uma criança que está em sobrepeso, se ela está eutrófica ou em sobrepeso, se vacina está em dia, se ela tem acompanhamento na escola, se vai à escola, se tem um bom relacionamento em casa, se não sofre violência doméstica, todos esses parâmetros.

5 - Acho que, como minha área de abrangência é uma área com muita criança, de zero a 10 anos tem 1.200 crianças, tem muita criança, né? Então a gente tem o trabalho voltado mais para a criança, a gente tem um olhar para o adulto também, mas é mais voltado para a criança. E nessa questão a gente faz o atendimento, faz os grupos, agora tem um grupo com as crianças com as residentes que fazem a saúde do escolar, vê a necessidade de cada criança. Em casa a gente tem muitos problemas com a alimentação que eles não têm o que comer, a maioria vive de bolsa família e se alimenta na escola. As principais refeições são feitas na escola, então muitas delas relatam não querer declaração para a escola: “Ah não tia, eu tenho que ir para a escola hoje”, mas tem que ir para a escola para comer, porque em casa não tem o que comer, entendeu? Elas ligam a alimentação com a frequência na aula, quer dizer, então muitas delas passam muita dificuldade.

6 – Atendo. Por justamente não ter dinheiro para comprar um legume, uma verdura, né? Come arroz, feijão, pão, macarrão, fubá, e a obesidade começa, quem tem esse fator relacionado à obesidade, pessoa come muito pão, não tem alimentação muito saudável, a maioria tem anemia, então a gente sempre tem que ter um olhar voltado para essa questão. Muitas vezes a gente orienta alimentação saudável no grupo e para a mãe individualmente, mas mal sabe que ela não tem dinheiro, porque tem 10 filhos para 1 bolsa família de 500 reais, então pega a cesta básica e come o que tem na cesta básica e na verdade frutas e legumes não come.

7 e 11 - Então normalmente quando eu vejo a curva que ela está acima de P90/P97, ela já é uma criança com sobrepeso ou obesidade ou obesidade mórbida, daí nesse caso a gente já pede exames, eu peço todos, colesterol, triglicérides, uréia, creatinina, glicemia de jejum, Hb, Ht, HMG, urina 1, PPF, são esses exames que eu peço. E a gente já separa o prontuário para discutir com o NASF, a nutricionista do NASF. Agora eu tenho a nutricionista da residência, né? Que também ontem mesmo eu encaminhei uma criança para ela, nesse caso para ela estar orientando melhor a alimentação, eu oriento também na consulta e eu permito que ela tenha um acompanhamento com a nutricionista mais frequente e peço retorno em 1 mês, para controlar peso e ver com é que está a alimentação dessa criança.

8 - Tem um menininho que tinha 8 anos, estava muito em sobrepeso, colesterol alto, triglicérides alto mas a mãe dava muito refrigerante para ele, não tomava água era mais refrigerante, salgadinho, suco de pacote e ele comia muita besteira, doce de bar e daí nesse caso a gente acompanhou bem de perto, a glicemia ainda não estava alterada, e ele foi diminuindo o peso, a medida que foi crescendo, a mãe no retorno falou que ela já tinha tirado já algumas coisas dele, foi bem difícil, mas já diminuiu para o final de semana em vez de comprar todos os dia, colocou ele em um exercício físico, na escola joga bola e ele foi perdendo peso a medida que foi crescendo e diminuiu os parâmetros de glicemia, colesterol e triglicérides.

9 - Sim, eu utilizo o gráfico da altura e do peso e eu utilizo aquele gráfico da Mônica, do NASF, que a gente vê mais ou menos o que a criança está comendo, o que ele deixou de comer, o que mais ele gosta, o quanto usa de óleo em casa, come muita gordura, muita fritura, então eu relato tudo no gráfico para poder passar para a nutricionista.

10 - Acima de 25 é sobrepeso, acima de 30 é obesidade e acima de 35 é obesidade mórbida, que é o gráfico que a gente faz o IMC e o gráfico do percentil que eu já tinha falado.

12 - Na verdade a gente só orienta a alimentação né? Alimentação e exercício físico na verdade e os pais, a gente acaba orientando os pais principalmente para fazer caminhada em vez de ficar na frente da televisão, fazer exercício, andar de bicicleta, jogar bola, jogar vôlei, colocar no judô, já aconteceu de eu orientar ir aqui na praça da juventude porque ali tem gratuito, né? Tem futebol, tem jiu jitsu, tem judô. Então

agora as crianças estão indo muito no Sesi, fazer atividade física, natação e jogar futebol. Então eles passam aqui para fazer um exame dermatológico para poder fazer atividade e isso é uma porta que se abriu esse ano que é muito legal.

13 - Eu acho que a maior dificuldade, tanto nossa, quanto dos pais (acho que é mais dos pais né?) é a mudança do estilo de vida, dos hábitos saudáveis, porque a mãe geralmente tem o coração meio mole, a criança quer um doce e ela vai lá e compra, “ah, eu quero comer mais”, repetir prato e eles querem mais e a mãe deixa, então a gente sempre orienta para a mãe ser firme nas decisões: “Veja que é importante para que ele perca peso, não tenha uma diabetes tipo 2 futuramente e tenha problemas”.

14 - Acho que a maior dificuldade, que eu acabei relatando, fora isso é a questão financeira né? Eles não tem dinheiro para comprar uma dieta mais saudável, eles acabam comprando a dieta, eu sempre falo no grupo, ao invés de comprar a coca-cola que custa 4 reais, porque não compra 1 kg de laranja para fazer suco, limão, por que dá para comprar né? Mas aí é mais trabalhoso. A mãe trabalha e não tem como ela fazer, só no final de semana, ou às vezes a criança vai na escola e na escola tem o arroz, o feijão, a carne, só que daí eles querem repetir o prato, aí almoça na escola, chega meio dia e almoça de novo, então é difícil né? Acho que é um papel difícil para a mãe também, né? Mas é um papel que tem que ser feito.

15 e 16 - Então, normalmente como a gente tem o NASF aqui, a gente acaba encaminhando para a equipe NASF mesmo e tem a Dra. Isabela pediatra que a gente acaba discutindo alguns casos com ela, ela é uma pessoa também que orienta muito a questão do açúcar antes dos 2 anos, alimentação, eu sempre vejo todas as crianças que ela atende aqui de terça-feira ela orienta, então se precisar tem a Dra. Isabela e a gente tem também a nutricionista, tanto a residente Mariana quanto a Mônica agora.

17 - Se for o caso tem a endócrino da UNESP.

18 - Não

19 - Acho que a gente tem que ficar atenta a esses casos, eu sempre falo para as meninas sempre pesar e medir as crianças, mesmo as que passam em consulta extra para a gente ter esse olhar, a criança está obesa ou sobrepeso, porque hoje

em dia as crianças comem muito lanche, muita porcaria né? Pizza, doce, porcariada... E isso leva a obesidade.

Enfermeiro 8

1 - Na teoria a gente vê uma coisa né? A gente vê muita coisa de prevenção e promoção da saúde, na prática eu vejo que a gente trabalha mais no modelo curativista. A gente tenta fazer a questão preventiva, mas muitas vezes não tem perna para fazer tudo isso, mas a atuação do enfermeiro em si, ele atua realmente nas consultas, na parte de gerencial do serviço que também é fundamental, na parte assistencial, mas ainda o que seria o ideal da estratégia a gente não consegue realizar.

2 - Trabalho de segunda a sexta-feira, 40h semanais, eu faço toda a parte assistencial de enfermeiro, no caso as consultas de enfermagem, saúde do adulto, saúde da criança, mulher, idoso, também saúde mental. E junto com tudo isso também tem a parte gerencial em conjunto, eu faço grupos também na unidade, grupo de gestante, grupo de saúde mental, atuo na parte em conjunto com o NASF. Então uma rotina assim, não é fixa a rotina, mas é sempre a assistência junto com a gerência, estão sempre junto.

3 - Trabalho em equipe eu já tenho feito nas próprias reuniões de equipe, uns trabalhos voltados para a melhoria da própria equipe. A gente teve algumas dificuldades específicas, com mudança de profissional, trabalho, então o que a gente começou a fazer: trabalhar o que é equipe. Uma das formas que eu comecei a trabalhar nas reuniões foi a questão temática mesmo do que eles sabem sobre trabalho de equipe, algumas dinâmicas de formação de equipe, alguns conhecimentos teóricos para a gente melhorar. Então eu trouxe para eles realmente o que é o trabalho e algumas propostas de melhoria para o trabalho em si. Tem surtido alguns efeitos, tem ainda muita coisa para fazer, mas com a equipe em si a gente tenta fazer dessa forma.

4 - Sim

5 - Aqui na área de abrangência uma das principais coisas que a gente vê acho que é a dificuldade de aprendizado do escolar. É muito marcante para a gente aqui porque a escola ela não atua muito bem nessa área então a gente tem muita criança

com dificuldade de leitura, escrita, quadros voltados para a higiene pessoal e corporal, muito verme, muita pediculose e tal. E também a gente tem alguns casos de desnutrição e alguns casos de obesidade.

6 – Avalio a questão de hábitos familiares, não só da criança. Nem sempre quem traz em atendimento é a mãe, e nem sempre é o pai, então às vezes acaba vindo um cuidador ou alguma pessoa que ajuda a cuidar e não está dentro da rotina da criança. Mas a gente tenta mudar o hábito da família, tenta entender esse hábito deles.

7 - Tem uma criança em específico que desde o começo ela tem IMC alto, ela está hoje com 5 anos, e tem um IMC de 29 e a gente tenta, constantemente, desde 1 aninho dela que ela vem com o sobrepeso e a obesidade então a gente já fez várias questões. Ela fica com a avó então a gente já tentou fazer um cardápio alimentar para a avó, ver o que era possível e o que não era, teve intervenção nutricional já também, daí a criança começou a desenvolver algumas compulsões alimentares por causa da comida, porque as pessoas proibiam ela de comer, colocavam que ela estava gorda daí começaram a proibir, então ela precisou também da nossa ajuda na questão da saúde mental e hoje é uma criança que acompanha na endócrino-pediatria porque as possibilidades que a gente tinha dentro do serviço a gente chegou no limite que não dava mais para segurar. Pelos exames dela teve que mandar, não teve como.

8 - Sim, na prática, pela secretaria a gente tem aquele gráfico que é o de 2006, só que a gente está usando hoje dentro do nosso serviço especificamente a gente tem a classificação que é pelo ministério, aquela SBP, então ela vê a classificação, inclusive em todas as salas a gente pregou, que ela vê o IMC da criança, se está adequado, se não está. A gente também trabalha com esse aplicativo de celular específico que dá essa margem pra gente né?

9 - Através do gráfico da SMS que ele vê para nós a porcentagem, o p90, o p97 e essa parte também da curva Z, né? Que é o específico que ele traz, na própria tabela, o que é uma criança eutrófica, o que é uma criança que está acima do peso, ou não.

11 - Sim, de exames complementares a gente faz o *check up* da criança, para a gente ver a parte de lipidograma, a parte de colesterol, e também a gente pensa se tem algum fator em relação a parte de tireóide também, né? O *check up* geral que a gente pede para pediatria mesmo, inclui também a parte de glicemia, inclui também HMG, né?

11 - Então, a gente tentou montar alguns grupos, voltados para esses quadros, mas a gente percebe que esses grupos muitas vezes tem que ter o apoio da saúde mental, não adianta só a nutrição, né, então tem esse entrave porque não dá para fazer em conjunto porque vem quinzenal cada profissional, mas na prática acaba indo para a nutricionista trabalhar algumas questões com a família e a gente mantém reavaliando essas crianças nos atendimentos.

12 - Acho eu que é o convívio social principalmente, se a gente for pensar se tem pai e mãe já são obesos, é muito difícil a gente colocar na cabeça dessas pessoas o que é um hábito saudável da alimentação. Às vezes eles questionam “por que eu vou deixar de comprar um salgadinho que dura a semana inteira para eu comprar uma fruta que não tem a mesma durabilidade?”.

13 - Primeiro eu acho que é a aceitação deles, normalmente quando a gente fala que a pessoa está em sobrepeso ou obesa eu acho que família em si tem uma dificuldade em aceitar isso e pensar que eles estão assim devido aos hábitos da família, então não é uma coisa que vai envolver só a criança, eles não vão fazer uma reeducação alimentar apenas para a criança, uma comida separada para ela do restante da família, então são hábitos dentro da casa mesmo.

14 - Sim, depende bastante das situações. Essa criança mesmo que eu citei a gente encaminhou para a endócrino, mas também a encaminhou para a homeopatia para a gente ver se tinha algum fator de melhora, mas dependendo da criança, da faixa de idade, às vezes vai para a faculdade, para a endócrino infantil, às vezes são casos que a gente consegue ver que realmente é possível mexer aqui então vai para avaliação nutricional do NASF, né?

15 e 16 - Sim, a gente tenta trabalhar em equipe assim, dentro dos serviços que a gente tem aqui e algumas situações, são poucas, mas a gente tenta abordar também a creche, como a creche trabalha essas questões. O que acontece é que

essa criança tem um hábito alimentar na creche totalmente diferente e a mãe não tem conhecimento disso, a creche só coloca que ela comeu bem hoje, mas a mãe não sabe o que. Então, dependendo da situação, se a gente vê que não está tendo melhoria, a gente encaminha para outros serviços dentro da própria região nossa aqui também.

17 - Bom, acho que nossa principal rede de apoio é o NASF, pensando na parte nutricional e de atividades também, a gente tem algumas parcerias com o CRAS também, para pensar em algumas atividades físicas, tem algumas ações específicas para a saúde dos adolescentes, saúde da criança, desde aula de hip hop, então são crianças que a gente identifica que poderiam ser inseridas lá também e eles nos acolhem dessa forma também. E no momento a gente não tem nenhum grupo em específico, talvez pela idade das crianças ser bem discrepante, a gente não conseguiu formar um grupo da mesma faixa de idade, ou idades semelhantes para trabalhar.

18 - Sim, eu me lembro de uma criança que a gente conseguiu mudar hábitos, como eu já estou aqui há bastante tempo então facilita essa questão de você vivenciar isso, mas uma criança que a gente conseguiu fazer a família entender, o pai mudou hábitos, o pai também tinha bastante problema na parte de obesidade, de colesterol, então a gente conseguiu modificar bastante o hábito deles, e como era uma família mais rural, eles conseguiram plantar mais o que eles estavam consumindo, então isso facilitou mais. Mas não são todos os casos, né, que a gente chega nisso.

19 - Eu acho que ainda falta um pouco de capacitação para a gente trabalhar com isso, porque essas curvas que a gente usa mesmo, se a gente for pensar, ela está desatualizada. A curva que vem da secretaria de saúde, que tem um monte de impressos dela mas ela não é a mais atual e a gente trabalha por conta com essa outra, mas quando a gente precisa fazer algum tipo de encaminhamento, seja para pedido de algum leite, para alguma criança que esteja precisando de leite artificial então a gente ainda tem que mandar aquela outra curva. Então a secretaria trabalha de uma forma que ainda não está tão atual como hoje vem sendo trabalhado.

Enfermeira 9

1 - Bom, para mim, ser enfermeira da ESF é conseguir criar um vínculo com a comunidade, ter a continuidade do cuidado, você consegue realmente ver as reais necessidades da população em que você trabalha, você consegue em diferentes fases de vida, desde a criança até o adoecimento do idoso, a gente está acompanhando isso e estar vivenciando o nosso cuidado e acho que é essencial também dentro da ESF a gente criar o trabalho em equipe que é muito importante, porque cada fase do processo de trabalho a gente está atuando em equipe.

2 - Além de enfermeira assistencial eu também sou gerente da unidade, então a minha rotina usualmente no início da manhã é ter algumas sessões de gerência, pois eu tenho que estar despachando algumas atividades de documentação logo no início da manhã. Em seguida eu auxílio nos atendimentos da demanda eventual que a gente chama de extra aqui na unidade de saúde, também auxílio nas dúvidas de pacientes da equipe, isso também em todo o nosso dia de trabalho, além dos atendimentos eventuais a gente realiza o atendimento das consultas agendadas, atividades em grupo quando necessário e suporte em outras atividades quando necessário, por exemplo, auxílio na avaliação de curativo, auxílio na prescrição de uma sondagem, visitas domiciliares, eu e o agente de saúde ou compartilhada eu e outros profissionais da equipe, então é uma rotina muito diversificada.

3 - Como eu falei antes, a gente tem que realizar o trabalho em equipe senão o trabalho não funciona dentro da atenção primária, desde a recepção, o auxiliar administrativo, o momento que ele vincula com o paciente, vê a necessidade dele, se ele quer passar em atendimento, que atendimento é, até mesmo separar o prontuário, até mesmo uma orientação para esse paciente, ele tem que passar para toda a equipe, até passando por toda a equipe de enfermagem, a equipe de dispensação de medicamento, nós temos a equipe de serviços gerais que nos ajudam muito, a equipe médica e a odonto que também tem o seu papel e temos também a equipe NASF que é o suporte para a gente no matriciamento.

4 - Sim, desde atendimentos a consultas eventuais quanto atendimento a consultas agendadas, e também a gente faz o trabalho de prevenção, seja na escola, seja na creche, nos projetos sociais do bairro, a saúde do escolar, no caso também a gente faz a vacinação dos escolares e algumas atividades pontuais, então diferentes tipos de atividades com as crianças.

5 - Olha, eu acho que é muito dependente da época do ano. Temos desde infecções de vias aéreas superiores, problemas respiratórios a gente tem visto bastante, problemas de pele a gente acaba vivenciando e também a gente acaba vivenciando alguns casos de alimentação importantes, são poucos casos, felizmente, que a gente pega de desnutrição e baixo peso mas ao mesmo tempo a gente pega muitos casos de sobrepeso e obesidade infantil, isso acho que está bem característico pela situação da nossa comunidade, a gente trabalha em um bairro de baixa renda, então a gente trabalha muito a questão de alimentação, o que a gente pode estar oferecendo e o que a gente pode substituir e o que a gente pode utilizar pensando em recursos de dinheiro ou de outros tipos de alimentos.

6 - Atendo

7 - Então primeiramente em qualquer tipo de alimento, não só esses, a gente aborda o diário alimentar. Então desde que a criança acordou, como ela vai se alimentar, qual a rotina de alimentação, quem vai estar presente nessa alimentação, quem prepara a alimentação, quem vai dar a comida para a criança, se outros períodos ela fica na escola, fica na creche, como é a alimentação na escola, que às vezes é um pouco diferente do que o pai e a mãe falam que faz em casa, a gente nota isso também, então essa abordagem acontece de maneira ampla, pensando em 1 dia de alimentação da criança.

8 - Na verdade essa criança já havia sido acompanhada, levantaram essa questão da obesidade infantil, está com 3 anos de idade e tinha um peso correspondente ao de uma criança de 6 anos, e é engraçado porque essa criança sempre vinha acompanhada nas consultas pela mãe já comendo salgadinho e a gente abordava essa questão, e a mãe, muito jovem, até a gente fala “é inexperiente”, ela falou assim: “Ela gosta, é difícil tirar dela, porque ela chora”. Então a gente vê também uma questão de vínculo, a mãe não consegue colocar um limite na criança, e essa criança conseguia respeitar a avó, que passava com ela parte do dia, a mãe não conseguia colocar a palavra dela em voz justamente por isso e os momentos que ela tinha com a criança, porque ela trabalhava, ela queria também agradar a criança. Então você vê que é muito mais uma questão de rotina da unidade, de organização, mas é mais uma questão psicológica desse vínculo que a gente encontra. E por mais que tenha sido feito um trabalho pontual, tanto nosso da enfermagem, quanto

do médico, esse caso foi passado para a equipe da nutrição do NASF, a gente vê que ainda, já faz quase 3 anos que eu acompanho o caso, ainda a criança continua com obesidade e infelizmente a gente observa que o irmão que tem 1 ano e meio também está indo para o mesmo caminho, de uma má alimentação, de uma má rotina, mesmo que você consiga abordar outros aspectos de cuidados dessa mãe.

9 - Na verdade eu utilizo o gráfico que é disponibilizado aqui na unidade de saúde, que é um gráfico para menino e um para menina e é um gráfico muito antigo, eu acho que é por volta da década de 70. E a gente até estava em discussão outro dia, eu e o médico, com a nutricionista do NASF, de como está essa readequação, porque é um parâmetro e é diferente, por exemplo, daquele que a gente observa na carteira de vacina da criança, mas é o que nós temos utilizado.

10 - É esse mesmo gráfico que a gente utiliza e algumas vezes a gente tem um gráfico também do cartão de vacina que a gente acaba calculando o IMC, mas daí a gente tem um suporte da nossa nutricionista que pode nos orientar quanto a isso.

11 - Quando a gente na verdade desconfia talvez de um sobrepeso e obesidade vinculada à tireóide ou mesmo se a gente constatou que não existe essa alteração por meio de exames anteriores, mas pode desconfiar de uma alteração de colesterol, triglicérides então o que a gente pede é um HMG, para ver a situação os glóbulos vermelhos no sangue, se tem anemia ou não, pede colesterol, triglicérides, exames da parte da tireóide, pelo menos é o básico que a gente costuma pedir.

12 - Na verdade eu tento fazer com que a família, geralmente a mãe que acompanha as consultas, traga a realidade da casa e o que é possível fazer, acho difícil trabalhar com as nossas expectativas, com as nossas orientações sem saber qual é a realidade da pessoa. Por exemplo, não adianta eu orientar comer frutas, legumes e verduras se a pessoa não tem condição de estar comprando isso. Então qual a realidade da casa, o que é possível a gente estar fazendo sempre a partir da realidade da pessoa e a gente fazer em conjunto e marcar realmente um período, uma consulta subsequente para a gente avaliar como está sendo esse acompanhamento.

13 - Eu acho na verdade que faltam um pouco atividades educativas, por nós, profissionais da saúde, poder abordar essa família. Eu acho que uma dificuldade

grande é que a mídia vai contra o que a gente orienta, né? Então a gente vê muito estímulo a guloseimas de uma maneira geral para a criança. São os danones, salgadinhos, as bolachas recheadas né, e de uma forma que a mídia acaba convencendo os pais a fazer escolhas não saudáveis: “então se eu tenho dinheiro para comprar uma fruta, verdura, legume, não! Vou comprar um Danoninho que é muito mais atrativo”. Então acho que é muito mais a conscientização mesmo e talvez fosse interessante fazermos um trabalho com a educação.

14 - Eu acho que como eu falei é muita dificuldade em termos financeiros, como a gente trabalha com uma população de periferia, de baixa renda: “ah o que é possível a gente estar comprando, o que é possível a gente estar fazendo?”. Às vezes a gente se depara com famílias com muitos filhos na casa, muitas pessoas envolvidas e muitas coisas a pagar, né? Então eu acho que esse é o foco principal na dificuldade de adesão. Outra dificuldade que a gente vê são pais que trabalham fora e passam grande parte do tempo sem acompanhar essa rotina de alimentação, então fica sob cuidado de outros familiares, da avó ou muitas vezes eles ficando na creche a gente observa uma alimentação mais adequada, então a gente observa que mesmo com dificuldade a escola e a creche conseguem dar uma alimentação mais adequada para a criança.

15 - Na verdade nossa primeira parceria é com o NASF. A gente tem apoio do educador físico, fisioterapeuta, mesmo o psicólogo, o nutricionista, tenta fazer um trabalho multiprofissional mesmo e em último caso a gente encaminha para o endócrino-pediatra, que é a nossa referência na UNESP.

16 - Sim, eu acho essencial porque muitas vezes a gente tem o nosso olhar que acaba sendo nas consultas eventuais e agendadas, mas às vezes acaba passando. A gente como profissional acaba se deparando com outra rotina e a própria equipe acaba levantando essa situação: “nossa, mas eu notei que essa criança deu uma engordadinha”. Ou ao contrário, “parece que perdeu mais peso”. Que é o contrário do que a gente está falando, mas tem que ter um olhar para isso.

17 - Não há rede de apoio na área onde eu atuo, às vezes a gente acaba tendo alguns casos que encaminhamos para o CRAS, ou mesmo para o conselho tutelar que está acompanhando aquela família, mas são casos raros, mas podem acontecer, mas não existe rede de apoio.

18 - Não, não me lembro.

19 - Não, só isso mesmo.

Enfermeiro 10

1 - Ter um olhar voltado para a comunidade, para a família, como um todo, tendo uma visão do RN, gestante, idoso e como ele está inserido no meio em que ele vive. Uma atuação específica nesse sentido.

2 - O enfermeiro divide o seu trabalho na parte assistencial onde a gente atende toda a população da nossa área de abrangência desde criança, gestante, adulto, idoso, diabético, hipertenso, tuberculose, enfim, todos os pacientes programáticos e não programáticos. A gente faz toda parte de gestão e gerenciamento na unidade de recursos humanos, materiais e dentro da assistência faz o planejamento, a programação e atendimentos em consultas individuais, compartilhados, visitas domiciliares, grupos, avaliação de exames e planejamento das diversas situações do dia a dia daquilo que vai acontecendo, a questão da vacinação, saúde da criança que é o dia a dia nosso na unidade.

3 - Em equipe sim. Nosso trabalho é voltado em torno da equipe, os ACS, auxiliar de enfermagem, os profissionais da residência, o NASF, então praticamente toda nossa atuação é desenvolvida em equipe, em conjunto com o médico, a gente não consegue exercer praticamente nenhuma atividade individual porque sempre envolve outros profissionais para uma assistência mais completa.

4 - Sim

5 - A gente trabalha com uma área bastante vulnerável em diversas questões então acho que além da questão de violência, a gente tem muita questão de obesidade na infância, crianças que acabam muito cedo tendo que ser responsável por si mesmo, pelos seus próprios irmãos menores, então a gente vê muito aqui, crianças que trazem os próprios irmãos menores para uma consulta eventual, agendada, então pelo fato de pais trabalharem e aí eles tem que virar, e com isso vai gerando diversas questões, principalmente em relação a obesidade, depressão, crianças que se sentem com uma carência, uma necessidade de atenção maior e a questão da

alimentação que realmente é o que pega bastante na nossa população, a maneira, a qualidade e a quantidade que essas crianças se alimentam .

7 - Normalmente a criança vem acompanhada do pai e da mãe e aí eu sempre levo para a questão que a criança não tem autonomia própria para ela comprar o alimento, ela não tem o dinheiro para comprar aquilo que ela quer comer, na grande maioria dos casos a criança come o que ela tem dentro de casa, porque os pais mesmo compram e deixam ali disponível, de fácil acesso. Eu não gosto de trabalhar sendo radical demais como a criança não deve comer doce, não deve chupar um pirulito, comer uma bolacha, um salgadinho, mas tudo tem que ter um equilíbrio, e saber o que é uma alimentação adequada de acordo com as condições financeiras. Porque às vezes tem pais que acham que comer bem, comer melhor, dar uma alimentação para o seu filho vai custar mais caro e nem sempre. O que eu sempre costumo dizer: “quanto custa uma bandeja de danone, que normalmente vem 6 unidades? Quanto custa meia dúzia de banana?”. Entre a criança abrir a geladeira pegar um danone ou pegar 1 banana descascar e comer, qual alimento a criança vai optar? Claro que a grande maioria das vezes o danone que é mais gostoso, então olhando nesse sentido nem sempre uma boa alimentação é mais cara do que uma alimentação mais gostosa, que os pais acabam cedendo, porque “ai tadinho ele gosta, que mal vai fazer?”. Então a grande questão é puxar os pais, responsabilizar os pais para ter essa consciência de que comer melhor não custa tão caro e poder equilibrar, saber que a criança pode sim comer suas guloseimas desde que tenha esse equilíbrio e que eles estejam acompanhando a criança, porque às vezes tem pais que saem para trabalhar de manhã, chega tarde e não sabe nem o que a criança comeu durante o dia e até mesmo pela correria acaba deixando ali o que é mais prático, uma bolacha, ou pensando na comida mesmo, um arroz, feijão, ovo frito, linguiça frita, frango frito que é muito mais rápido do que você preparar o alimento cozinhando, assando de uma forma mais saudável. Então realmente tem que puxar a responsabilidade e fazer os pais terem consciência de como eles estão trabalhando essa questão alimentar e ai tentar trabalhar de uma forma geral, porque não é só a criança, mas a família em si tem que mudar os seus hábitos.

8 - Recentemente, há menos de 1 semana, eu atendi até numa sequência, coincidentemente, 2 crianças, uma de 10 anos com uma estatura baixa e um peso de 50kg. Ela estava 20kg acima do peso ideal, me chamou atenção, a mãe

diabética, com complicação, o pai que é o principal cuidador, porque a mãe trabalha o dia todo e o pai que é aposentado, ele que cuida da criança durante o dia, prepara a criança para ir para escola e no período oposto da escola, o pai que fica com a criança e realmente o pai não tinha essa consciência de uma alimentação mais saudável então acabava facilitando a alimentação e deixava com que a criança comesse doce, bolachas, o que tivesse em casa de fácil acesso, então a qualquer momento que a criança queria ia no armário pegava e comia sem nenhuma restrição, isso me chamou bastante atenção. E também um menino de 12 anos, 30kg acima do peso, ele estava com 70kg, também colocando no gráfico ele estava 30kg acima do peso ideal para a idade dele, através do calculo do IMC, também chamou atenção porque esse menino veio acompanhado da irmã de 18 anos, que é totalmente consciente, faz uma alimentação totalmente saudável, é esportista, corre, faz academia, super preocupada, tem a consciência de uma alimentação fracionada, mas ela falou que ela trabalha, ela compra alimentos saudáveis, chega em casa com frutas e verduras e a mãe chega do trabalho a tarde com pães, bolacha e aí a mãe, quando a irmã mais velha chama a criança para ir caminhar, correr com ela e se o menino fala “não tô afim”, a própria mãe fala “deixa ele, ele não está a fim, vai você”. Então a gente vê que vai de cada um, são 2 irmãos com perfis diferentes, mas a peça principal são os pais que têm que ter essa consciência de onde tem a falha, e aí entra também a falha nossa como saúde pública de estar trabalhando essas questões de prevenção, de orientação, de promoção à saúde.

9 e 10 - Utilizo a do ministério, da caderneta. Tem o gráfico do IMC e o gráfico da caderneta com peso e altura. Deixo anexado no prontuário para fazer evolução de todas as consultas.

11 - Na grande maioria a gente já pede de rotina, no mínimo 1 vez por ano, e em casos que a gente vê que estão com fatores de risco maiores, a gente costuma pedir glicemia de jejum, lipidograma para ver colesterol. Em alguns casos que tem fator de risco para tiroide, a gente acaba pedindo TSH, T4, Triglicérides, hemograma, urina, PPF, são os que a gente pede inicialmente de rotina.

12 - Inicialmente, sempre que atendo crianças, ou uma pessoa que identifico essas questões, eu primeiro gosto de ter exames, exames recentes, para ver se tem algum caminho que precisa priorizar mais, a questão de colesterol, anemias. Eu costumo

dizer que nem todo gordinho é saudável, nem todo magrinho é saudável. Para ter um parâmetro melhor, gente traçar uma meta, um plano de cuidado conjunto com a família, os exames laboratoriais que são importantes, e a partir dos exames, a gente definir o plano de ação, trabalhar as questões multiprofissionais também, em conjunto com nutricionista, educador físico que a gente tem na residência, no NASF, tem que ter esse olhar multi para gente alcançar aí alguns objetivos.

13 - Acho a maior dificuldade é colocar isso na cabeça da população, eles entenderem e terem essa consciência de que esse cuidado de hoje é um cuidado que a gente tá prevenindo lá na idade adulta, até quando tiver mais idoso, então é pensando mesmo em prevenir as comorbidades, as doenças lá na frente, então acho que a maior dificuldade é conseguir conscientizar realmente os pais que são as peças chave, porque é claro que não é fácil fazer mudança de hábito, mudança de alimentação, principalmente tratando de criança. Para qualquer adulto já é difícil, para criança é mais ainda, mas se realmente a família como um todo não aderir, não conscientizar de que todos precisam mudar, acho que essa é a maior dificuldade nossa.

14 - Acho que é mais a questão de conscientizar, nem tanto de acesso, porque eu acho que a gente trabalha com uma população carente, mas que também não é tão restritivo em relação a ter acesso ao alimento. É uma questão mesmo cultural, que é mais gostoso mesmo comer um pacote de bolacha do que eu preparar uma salada de frutas, ou você preparar um ovo frito, um frango frito do que você preparar o alimento de uma forma mais trabalhosa. Assar, cozinhar, demanda pouco mais de tempo, dedicação na hora daquele preparo e do planejamento das refeições, que como tudo na vida a gente tem que planejar até mesmo o que a gente vai fazer no almoço e jantar, a gente tem que preparar, então eu acho que com a correria do dia a dia, a vida corrida, muitos trabalham o dia todo, tem filhos, várias atribuições, e aí acabam optando por alguma coisa mais prática.

15 - Sim, temos crianças que fizeram acompanhamento na UNESP, que tem um ambulatório específico para obesidade, e a grande maioria a gente acaba acompanhando na unidade conjuntamente com o NASF e os casos que precisam de uma avaliação do endócrino a gente encaminha para UNESP e sempre que há necessidade a gente pede avaliação para não segurar o caso que, de repente, que

precisa desse olhar mais específico. Eu acho que quando crianças que têm alguns exames que já mostram alguma complicação, algum comprometimento, fator de risco, por exemplo, uma criança que já vem com uma glicemia, uma hemoglobina glicada alterada, juntamente com alguma alteração renal, a gente tem uma criança que faz acompanhamento na nefro, no ambulatório, então por isso eu acho que é importante pedir os exames laboratoriais antes para fazer essa avaliação e poder realmente traçar aí qual é o plano e acho que qualquer alteração que a equipe, o médico, julgue necessário pedir avaliação de um especialista a gente encaminha e aí em contrapartida a gente mantém um seguimento na unidade para manter o vínculo e aí ter a garantia que esse paciente está sendo assistido.

16 - Além do NASF, para os residentes que são ótimos colaboradores. Eles desenvolvem trabalhos nos projetos aqui que a gente tem, inclusive até nos finais de semana, nos plantões deles eles trabalham bastante a questão da criança e do adolescente, palestras, a gente tem um bom relacionamento com a criança tanto a creche aqui no bairro como a obra Madre Marina na Vila Real. Então sempre que surge proposta de trabalho em conjunto para a gente unir nossas forças e desenvolver um trabalho maior a gente faz. Então além dos profissionais da equipe, o NASF a residência a gente ainda procura ter uma parceria com os equipamentos sociais porque a mesma criança frequenta a escola, frequenta o projeto, frequenta o posto de saúde, então tendo esse olhar amplo eu acho que melhora a qualidade da assistência para criança e para a família.

17 - Além do CRAS e CREAS que a gente tem, as escolas que são os grandes parceiros porque, como eu disse, a criança, a família é a mesma que são acompanhadas por esses equipamentos, então precisa realmente ter esse vínculo, precisa ter esse trabalho coletivo da saúde da educação, porque, unindo as forças, a gente consegue resultado melhor. Então a gente aqui no bairro, a gente tem o NUTRAS e a escola que são os equipamentos do bairro.

18 - Tem alguns casos que me vem na memória de pacientes que nós encaminhamos para o ambulatório de obesidade da UNESP, que fizeram o seguimento lá, um ambulatório específico que eu não me recordo o nome agora, mas temos, tem até a filha de uma agente de saúde que a gente já vem acompanhando há algum tempo e que faz acompanhamento na UNESP, na

endócrino, na parte renal porque ela até desenvolveu hipertensão, desenvolveu problema renal devido obesidade, e ela vem desde muito criança, 7 ou 8 anos, fazendo acompanhamento e agora com seus 13 anos ela toma anti-hipertensivo e faz esse acompanhamento, mas temos sim, tem alguns casos na minha memória, que foi e está sendo acompanhado e que tem bons resultados.

19 - Eu acho que esse assunto de obesidade na infância é o grande nó que nós temos aí pela frente, porque a tendência é essa, são crianças hipertensas, diabéticas. Infelizmente se realmente a gente não trabalhar essa questão muito duramente nós vamos ter muito trabalho futuramente com essas questões de doenças relacionadas a hipertensão, obesidade e diabetes, então é uma coisa que preocupa muito todos os profissionais de saúde, de evitar que a criança chegue no serviço terciário com complicações maiores, então temos que trabalhar muito essa questão.

Enfermeiro 11

1 - O atendimento em estratégia de saúde da família a gente não foca no individuo apenas, a gente atende as família como um todo. Os prontuários também são em família, a gente atende todos os requisitos do ministério, puericultura, pré-natal, puerpério, e não focando só no individuo, mas na família no contexto em que ele vive.

2 - O enfermeiro de estratégia da saúde da família em Botucatu ele é assistencial e gerencial, então a gente não faz só o atendimento, a gente faz também a gerência no atendimento.

3 - Sim, a gente trabalha em equipe. É uma equipe multiprofissional que também conta com a equipe de apoio que é o NASF.

4 - A gente atende puericultura.

5 - Anemia, verminose

6 - Até o momento não atendi nenhuma criança com sobrepeso e obesidade, mas já encaminhamos algumas para nutricionista, mas não com sobrepeso, e sim com dificuldade alimentar mesmo.

7 - A gente não teve ainda, mas a gente tem crianças que se alimentam com alimentos muito gordurosos, mas que não estão ainda em sobrepeso, então a gente faz orientação alimentar, e discute o caso com nutricionista do NASF.

8 - Eu não tive, mas têm muitos que comem alimentos gordurosos, a população aqui tem um baixo poder aquisitivo, então eles optam por alimentos mais gordurosos muitas vezes por ser mais barato, mas ainda não chegou ao sobrepeso ou obesidade.

9 - Sim, do ministério da saúde, gráfico para acompanhamento do crescimento, do SISVAN, tem do sexo feminino e do sexo masculino.

10 - A gente coloca no gráfico e calcula o IMC.

11 - Na suspeita a gente já solicita os exames de colesterol total, frações, hemograma, glicemia, TSH.

12 - Geralmente a gente convoca a família, a criança já vem com familiar e a gente aborda o recordatório alimentar da família.

13 - A questão financeira mesmo, que eles tem às vezes de ter uma alimentação mais balanceada, o valor, a distância, eles tem dificuldade de ter acesso ao supermercado, feiras, então eles acabam comprando mais alimentos gordurosos que são mais baratos.

14 - Às vezes a família não adere à dieta recomendada, quer que a criança coma mais verduras e legumes, mas eles mesmos não comem. Então é um pouco difícil.

15 - A gente discute primeiramente com o NASF, com o nutricionista do NASF e aí, se necessário, a gente encaminha para o serviço de referência na UNESP, mas a gente nunca chegou a encaminhar nenhuma criança

16 - Sim, principalmente do NASF.

17 - O NASF mesmo.

18 - Até o momento não tive nenhum caso de criança, só adulto.

19 - Acho que aqui talvez a gente não tenha porque a nossa população é muito pequena de criança, a maior parte são idosos, então talvez por isso a gente não tenha tanta experiência com criança obesa, mas a gente tem uma boa rede de apoio, outras unidades têm mais casos e consegue solucionar, encaminhar. Acho que Botucatu está bem até de obesidade. Não tem tantos casos de crianças, vamos ver na pesquisa.

1 - Complexo, acho que é pesado, a gente fica muito sobrecarregado, acaba juntando varias funções, o enfermeiro assume varias funções como gerente, como assistente, além de toda parte de assistência a gente faz toda parte burocrática. Então acho que é gratificante, mas é pesado.

2 - A gente atende consulta exta, consulta agendada, faz visita, resolve “B.O.”, resolve outros problemas do dia a dia, a gente lida com a parte administrativa de funcionário, de folha ponto, de “DH”, enfim, tudo.

3 - Todo o nosso trabalho é em equipe.

4 - Sim

5 - O que mais a gente atende em todo tempo no atendimento é em relação à alimentação mesmo, não necessariamente sobrepeso ou baixo peso, mas sobre alimentação desregrada, pois comem muitos alimentos industrializados. Então, pelo menos nas minhas consultas, o que mais me toma tempo é essa parte. Mas a gente não tem um foco na obesidade infantil, é meio que trabalhado para HAS, DM, a gente não tem obesidade infantil como critério.

6 - Sim

7 - Primeiro eu começo sempre perguntando sobre a alimentação, isso para todas, mesmo se a mãe não traga isso como uma queixa, a gente sempre pergunta e a partir dai vou tentando abordar e vou entrando no assunto. Se eu vejo que a criança está acima do peso, a gente já vai abordando, falando que precisa mudar a partir desse ponto.

8 - Eu acho que eu me lembro de um mais maiorzinha, quase adolescente, mas aí também já tinha outros problemas associados. Já começando a ter pressão alta, então já estava um pouco mais acentuada a questão. A gente fazia orientação, acabou também encaminhando para outros serviços para acompanhar junto porque já estava com outras questões de saúde junto.

9 - A gente utiliza aquele gráfico rosinha e o azul geralmente ou o da carteirinha de vacina.

10 - Tem os percentis, que a gente considera perto dos 90, 97 ou acima disso e o IMC que a gente usa para saber se esta dentro do peso.

11 - Às vezes sim, se necessário. Hemograma, colesterol, glicemia, TSH, esse mais de rotina, dependendo da queixa de tireoide.

12 - Muita conversa com a criança, não só com a mãe ou o pai, mas também com a criança, para ela entender que ela tem que mudar e eu tento sempre orientar a mãe a preparar os alimentos de uma forma que a criança goste mais, porque a criança não vai entender que ela tem que emagrecer, ela vai entender que ela vai comer o que ela gosta, então tento orientar a mãe a fazer o preparo de um jeito que ela goste, que chame mais atenção, aí a gente discute com o NASF.

13 - A mudança, não só em relação à criança, mas em relação à família, pois julga a criança, fala que não é para comer doce, ou você não quer comer comida, mas a família não entende que família inteira tem que mudar, porque senão a criança não vai mudar, então acho que mais difícil para mim é fazer o pai e mãe entender que eles são o espelho e eles tem que mudar primeiro para daí a criança poder mudar.

14 - O mudar é difícil, a família muitas vezes não adere, quer que só a criança tenha adesão a essa mudança e isso não acontece.

15 - Quando tem necessidade, em casos mais graves, já tive aqui uma criança com colesterol alto então acaba encaminhando. A gente tem de referência a pediatria da UNESP, que seriam os casos mais graves e a gente tem a pediatra da COHAB 1 que a gente encaminha para lá se a gente acha que não dá conta aqui no posto. Mas nossa principal referência é a UNESP

16 - Sim, porque a gente acaba sempre discutindo caso. Uma criança geralmente assim chama atenção então a gente acaba discutindo não somente entre nós aqui, médico e enfermeiro, mas também com pessoal do NASF sempre pensando em incluir uma atividade física, que possa estar disponível, e a gente acaba usando a rede, entrando em contato com a escola, o projeto, às vezes dá para a criança ser inserida no projeto.

17 - Essas que eu usei mesmo.

18 - Quando a mãe está disposta mesmo a mudar é bem possível e a criança se sente melhor, porque eu já atendi criança que está até meio deprimida, porque na escola os outros ficam tirando sarro e a criança vai entrando naquilo, vai acreditando, e quando os pais estão dispostos aí tem uma solução boa.

19 - Não

Enfermeira 13

1 - Ser enfermeira da ESF é ter uma visão ampla de saúde, conhecer a família, conhecer os hábitos daquela família, né? Creio que é isso.

2 - Normalmente a gente trabalha com consultas agendadas por categorias: pré-natal, hipertenso e DM, crianças e tem as consultas extras, que vêm sem agendamento para a gente atender no dia.

3 - Sim, existe trabalho em equipe conjuntamente com os médicos, auxiliares, dentistas, ACD e ACS.

4 - Fazemos sim. A gente atende qualquer idade na verdade. Faz assistência à saúde da criança também.

5 e 6 - Eu acho que uma das coisas é a falta de disciplina, todas as mães acharem: “ah, meu filho é hiperativo” e às vezes a gente vê que falta uma questão de orientação para a criança e não simplesmente ((pausa)). A mãe já vem com o diagnóstico que a criança é hiperativa e eu acho que não é um diagnóstico, né? O que é uma coisa que tem muito nas crianças. Que é uma coisa que a gente tem em todas as doenças comuns, né? Tipo rinite, essas coisas né, de base. E problema assim, que passa na escola e “precisa fazer um acompanhamento com psicólogo”, mas por que precisa fazer um acompanhamento com psicólogo? Porque acha que a criança precisa... Entendeu? Pensando na saúde mental aí, né? Mas eu acho que é mais uma questão de orientação mesmo, não precisa passar com psicólogo.

7 - Primeiro eu converso com a mãe, como é que é a questão da alimentação em casa e o que a criança gosta de comer. Porque não adianta nada eu falar para a criança: “a partir de agora você não pode comer nada disso”. Então eu vejo primeiro o que a mãe faz, o que a criança come, daí vou solicitando devagarzinho, falando da importância de não entrar no sobrepeso, que isso pode ser prejudicial para ele no futuro, né? Se a criança tiver uma certa idade que consiga conversar. Daí eu oriento a mãe a ir tirando as coisas, alguma guloseima, aos poucos. Pode comer? Pode. Eu vou a um aniversário e vou comer um pedaço de bolo, mas eu não posso fazer isso todo dia. Daí a gente vai conversando sobre isso.

8 - Específico eu não me lembro de ninguém no momento.

9 - Na verdade a gente tem um gráfico que é muito antigo, que até foi solicitado a mudança dele, que é um gráfico que não é legal para a gente fazer né? Que é um

gráfico que já saiu até. Mas é esse gráfico que a gente usa aqui no momento. A gente até solicitou para fazer a troca dele porque senão dá, não é compatível.

10 - Porque ali é P3, P10, P50, P90 E P97. O que tiver lá em P90 e P97 é um sobrepeso né? Mas dá para fazer pelo IMC para a gente ter uma noção né? Fazer o IMC e ver quanto que a criança tem, né? Também é uma outra maneira de fazer né?

11 - Colesterol total, triglicérides, glicemia de jejum, hemograma. São exames básicos para isso.

12 - Na verdade eu tento conversar com a criança para ver o que ela come, como ela se sente, porque hoje em dia, o que eu acho, é que os hábitos alimentares mudaram muito por causa da correria do dia a dia das mães que trabalham fora e que querem tudo rápido. Preferem às vezes uma fritura do que uma coisa assada que demora mais, né? A criança você tem que falar para ela que algumas coisas são gostosas, que ela não vai deixar de comer algumas coisas, mas que tem coisa que você tem que evitar, não pode comer todos os dias. Tentando colocar e conscientizar essa criança se ela já tem uma certa idade que a gente consiga conversar, né? Porque se for uma criança muito pequenininha daí é o hábito da mãe oferecer algumas coisas, né?

13 e 14 - Mudar os hábitos da família. Por que você concorda que para uma criança de 6 anos, ele não vai ao supermercado comprar coisas, mas ao mesmo tempo, a televisão, as propagandas, tem muita propaganda de coisas e as crianças ficam com vontade? Acho que os pais aproveitam e compram isso para os filhos, só que é uma coisa que dar para comer todos os dias, né? Então acho que a propaganda é muito grande na televisão sobre isso e as crianças podem ficar com vontade, pois acho que as crianças têm, mas muitas coisas acho que é o hábito do pai e da mãe.

15 - Aqui a gente conta com o NASF, então primeiro tem que discutir com o NASF para ver o que a gente pode fazer, né? Para depois pensar em encaminhar para algum lugar. Nunca encaminhei nesta unidade, mas nas outras unidades eu já encaminhei, depois eu até encaminhava para o CEMENUTRI. Lá eles aceitam crianças também.

16 - Eu acho que a gente tem que discutir com os médicos, porque sou enfermeira, então tenho que discutir com os médicos para ver se tem alguma coisa que possa ajudar, acho que tem que discutir até com a psicologia se é uma compulsão ou algo assim, da coisa de querer comer, acho que tem que ter uma abordagem não só do médico, do enfermeiro, mas também do nutricionista e até do psicólogo, né? Para

ver se tem alguma coisa que a gente possa mudar disso aí. Tem o educador físico. Você vai diminuir a comida, mas vamos ajudar com alguma coisa, uma caminhada, uma corrida, jogar bola, alguma coisa nesse sentido.

17 - Tem alguns projetos, mas os projetos geralmente vivem lotados, né? Tem o CRAS aqui que trabalha com crianças, tem aquele projeto Semeando o futuro, que dá para encaminhar as crianças para fazer atividade física e tudo mais.

18 - Lembro quando eu trabalhava lá no Peabiru, a gente conversava com a criança, que tinha uns 10 anos e aí fazia orientações e a mãe começava a mudar os hábitos da família e ele concordou em mudar algumas coisas, foi no decorrer de alguns meses na verdade, né? Ele começou a fazer alguma atividade física, então ele diminuiu o peso, cresceu, foi bem legal assim o trabalho sabe? Porque a gente discutiu com o NASF, discutiu com nutricionista, educador físico, psicólogo, mas foi um trabalho de algum período aí, não é rápido, né?

19 - Eu acho que mudar hábitos não é uma coisa fácil, é difícil porque com a correria do dia a dia os pais não tem mais tempo de se dedicar a fazer alguma coisa como antigamente faziam, né? Então hoje a coisa é muito rápida, sem contar com as propagandas, hoje são tudo as comidas rápidas. Você passa, pede sua comida e a comida sai na hora. Ou vai e compra um congelado que hoje é mais prático. Então isso também é ruim. E outra coisa é que hoje em dia as crianças não brincam mais de pular corda, subir em árvore pegar fruta, fazer comida, fazer as coisas... elas ficam no celular, ficam nas coisas mais paradas. Então, o que vai acontecer? As crianças vão ter sobrepeso porque comem e não gastam, não tem como.

Enfermeiro 14

1 e 2 - Enfermeira que tem uma visão geral, que consiga atender as necessidades que não são pontuais, mas de âmbito pessoal e familiar. A gente tem um pouco de dificuldade, mas o ideal seria que a gente conhece o âmbito familiar de todos os pacientes para conseguir ter um cuidado integral.

4 e 5 - Sim, atendemos. Questão nutricional como aleitamento e o desmame precoce, a questão de alimentação complementar que geralmente não é adequada. Acho que os maiores problemas são relacionados a isso mesmo.

6 e 7 - Sim, normalmente a gente costuma fazer o mapa diário ou semanal, quantas vezes por semana costumam comer cada tipo de alimento, salada, legume, carne, carboidrato, as guloseimas e acabo orientando as mães do que seria ideal. Se não surtir efeito a gente discute com o pessoal do NASF.

9 - A gente utiliza o gráfico, mas na verdade o que a gente tem a disposição aqui na unidade está desatualizado, mas o melhor é o que está vindo nas carteiras de vacinação, mas não são todos que a gente tem acesso. A gente não tem assim uma cópia para ficar dentro da unidade. A gente está seguindo esse que está um pouco desatualizado. Mas é através do gráfico e do IMC quando necessário.

10 - Através desse gráfico e do IMC que acabamos calculando e vendo.

11 - Normalmente discuto com a médica e a gente avalia caso a caso o que a gente acha necessário.

12 e 13 - Acho que é mais o incentivo à mãe, orientação à mãe, mas existe muita dificuldade. A mãe não aceita, não tem vontade de mudar, ou por questão social (que a gente tem muito aqui), às vezes não tem acesso ou prefere comprar mais pão, porcarias, que às vezes é mais barato (mas nem sempre é mais barato) do que algo mais nutritivo, como uma salada e um legume. Às vezes compra a guloseima e fala que não tem salada/legume em casa para oferecer à criança. Acho que as maiores dificuldades são essas.

14 - Dificuldade de entender e conseguir fazer as trocas das preferências. Ao invés de comprar 3 pães, 1 saco de salgadinho ou 1 bolacha maisena, comprar uma fruta.

15 a 17 - Depende. Não me lembro de ter encaminhado nenhum caso. Mas a gente vai discutir com a equipe multidisciplinar, com o NASF e se avaliar a necessidade.

18 – Não

Enfermeiro 15

1 - Eu acho que o diferencial do enfermeiro de unidade básica de saúde do modelo tradicional para um da Estratégia Saúde da Família, acho que é justamente o trabalho em si, porque o trabalho do enfermeiro na Saúde da Família, ele visa de verdade fazer um trabalho muito mais compartilhado com os outros profissionais, e

nas atividades de promoção e prevenção, acho que isso é um grande diferencial do que é ser enfermeiro da Estratégia Saúde da Família, mas não que isso aconteça todo tempo, e talvez da melhor forma possível também, porque acho que o que é ser é uma coisa, e o que de fato a gente é, talvez dentro da lógica do trabalho, do que a gente consegue executar até pela grande demanda que a gente tem do trabalho, e de tudo, talvez a gente não consiga executar da melhor maneira possível.

2 - Talvez eu diga coisas que já foram ditas, ou não. Acho que a rotina dentro do trabalho, eu fico pensando que eu trabalhei agora de novo em uma outra unidade, fiquei quatro meses lá e agora volto para minha unidade de origem, ainda hoje e ontem, por algumas questões do trabalho, com uma nova colega enfermeira eu digo, por exemplo, minha rotina de trabalho, se eu for pensar só na minha, ela é uma coisa, mas se eu considerar a rotina de trabalho por exemplo do meu colega médico, ela é outra, e a gente tem que tentar de alguma forma juntar isso, então eu poderia dizer que é dividir as minhas tarefas administrativas, gerenciais com assistencial, mas eu acho que fazer a gestão do cuidado, que parece que é tão separado, quando a gente pensa na gestão a gente coloca ela distante do cuidado quando na verdade fazer a gestão do cuidado permite que eu faça um cuidado de fato adequado, acho que isso é um diferencial dentro da minha rotina de trabalho, e eu acho que minha rotina de trabalho que eu gostaria de dizer, é o trabalho em parceria, acho que eu só executo um bom trabalho se eu fizer um trabalho em parceria com toda equipe, e a equipe tem que se colocar, o que às vezes é desgastante dentro da lógica do trabalho. Esses dias, em vários processos de trabalho que tem acontecido, até por cobranças, eu tenho sempre redobrado algumas falas minhas, que tem ecoado, no sentido de ecoar mesmo para as pessoas, porque o que repercute e implica em mim, não necessariamente implica no outro, então ((pausa)). Hoje por exemplo com a minha colega novata, eu disse: “olha, eu acho bacana você fazer todos os curativos você mesmo, lavar todos os curativos, as pernas, trocar, avaliar e tudo mais, mas enquanto você está lá fazendo, algumas outras coisas que seriam de verdade só o enfermeiro para executar não estão acontecendo, e aí sobrecarrega o colega”. Então essa rotina de trabalho, ela precisa ser muito bem planejada, dividida, compartilhada, porque se não sobrecarrega.

3 - Eu diria que se a gente for pensar no significado mesmo, no trabalho em equipe, poderia dizer que em alguns momentos a gente se aproxima e faz, mas em muitos outros, não. E aí que talvez fuja até da realidade das pessoas de fato reconhecerem isso, talvez até por não conhecerem significado do termo mesmo, porque às vezes a gente acha que só de estar junto, um aglomerado de pessoas e cada um fazendo o seu, a gente está trabalhando em equipe, quando na verdade não, e muitas vezes até por falta de conversa ou até por falta de repactuar alguns pactos já feitos com a equipe, de lembrar: “poxa, a gente já não combinou que quando tiver uma situação assim, é assim que a gente deve executar?”. Até para não ter ações duplicadas ou de achar que o outro está fazendo, e eu não estou também, e aí ninguém está fazendo, então acho que o trabalho em equipe em alguns momentos ele acontece bem, para algumas situações, e para outros eu acho que é frágil e não acontece.

4 - Eu faço assistência à saúde da criança, tem de rotina o atendimento. Desde a consulta de puericultura para criança, desde o atendimento em grupo ou vacina, enfim, as coisas que permeiam cuidar da criança, não necessariamente só a consulta.

5 - Eu acho que o que eu mais identifico, é a alimentação inadequada, mesmo com aquela criança que está dentro de um percentil bacana, esperado, mas ela tem uma alimentação que não é bacana, algumas coisas que repercutem da dinâmica familiar daquela criança, daquela família, perdão, que repercutem na criança, então às vezes um excesso de cuidado. Ontem mesmo eu ainda falei para uma mãe, às vezes esse excesso de cuidado que vocês estão tendo, vocês estão prejudicando o desenvolvimento dessa criança adequado, e às vezes eu sinto por às vezes a gente estar numa periferia da cidade mesmo, por mais que aquela família agora, ela é uma família de periferia de classe baixa, mas às vezes os avôs e até mesmo os pais daquela criança, eles passaram muito mais fome, e às vezes parece que eles querem suprir, tanto com comida, tanto como dando tudo para as crianças, e aí eu sinto às vezes um pouco de falta de limites com a criança. Acho que os pais têm uma dificuldade de colocar limites, colocar normas, norma parece que é padrão, né? Mas de colocar uma rotina na vida dessa criança, para ela entender o quanto que é importante isso, e eu acho que a alimentação está dentro disso também.

6 – Olha, eu atendo criança com sobrepeso e obesidade. Eu sinto que às vezes os pais têm dificuldade e, como eu disse anteriormente, às vezes eu sinto em algumas situações que os pais querem suprir algumas faltas, ou a falta porque faltou muito para eles alimento na vida deles, e eles não querem que falte, ou pela dificuldade de dizer não, e aí quando eu digo isso de rotina, eu acho que é isso, agora não é hora de almoçar, agora é hora de comer uma fruta, de comer alguma coisa, fazer um lanche pequeno, e aí acho que eles têm dificuldade de dizer isso, eu acho que o alimento ele acaba sendo uma forma de compensar, e às vezes eu sinto também que o alimento que vem na forma de compensar principalmente daqueles pais que trabalham, e aí às vezes é mais fácil tacar um salgadinho na frente da televisão, do que de verdade ir brincar com a criança, porque você já está cansada do trabalho, do dia a dia, e aí você tem que arrumar a casa, tem que fazer outras coisas, e é mais fácil você entreter essa criança com alguma coisa, e eu acho que acaba que tantos aparelhos tecnológicos, celular, televisão, enfim, isso é uma válvula contra o alimento e eu acho que isso é uma coisa a se dizer.

7 - Ainda hoje eu atendi uma mãe de uma criança que eu já atendi e a queixa dela era sobrepeso: “ai, porque estou engordando muito”, e aí eu fui trabalhando com essa mãe, porque ela vai repercutir nessa criança, porque ela vem, e ela quer uma causa, “porque que meu filho está comendo muito, porque que ele está engordando, será que ele está com algum problema?”. Ela quer uma causa biológica para essa criança estar acima do peso: “será que não precisa algum exame?”, quando na verdade ela não consegue perceber que mesmo você falando ela não consegue aceitar, ela não aceita bem, “olha mas ele está engordando porque só come salgadinho, e você está comendo junto com ele, você consegue entender que você tem uma questão de ansiedade, e aí você come, e a hora que você está comendo ele está comendo junto com você, enfim, está virando uma bola de neve”. Mas tem uma dificuldade disso eu acho, e eu acho que é uma situação que me veio para lembrar, não sei se precisa detalhar mais.

8 - Ainda agora à tarde eu fui fazer visita para uma família que a médica atendeu na puericultura e achou que tinha uma questão de negligência, de mal cuidado, enfim, de uma mãe de 17 anos. Mas quando eu fui visitar, eu não acho que não é que não cuida bem, aí depois eu passei no CRAS para discutir o caso, é que não tem dinheiro, ninguém trabalha na casa, não é negligência, não tem o que comer,

ninguém trabalha, ainda enquanto discutia com assistente social, a questão cultural, a agente comunitária ainda disse para mim: “parece que eles vivem o dia, vamos viver hoje, depois amanhã a gente vê, porque daí ninguém trabalha, a gente faz bico”, você pergunta o nome do pai da criança, não sabe, não tem mais contato. “Quantas pessoas moram na casa, sabe dizer?”, mas não sabe dizer o nome das pessoas que moram na casa, são todos parentes, não é desconhecido, então hoje eu quis dizer isso, porque assim, às vezes a gente também tem o nosso exemplo de vida, que talvez em alguns momentos sejam ótimos, mas em alguns momentos ele não é o exemplo que a gente vai seguir, por exemplo, para essa família eu entendo que o que aquela mãe pode dar, por mais que ela tenha 17 anos, enfim, ela está dando e tudo bem, talvez o CRAS consiga colocar eles em algum outro programa, algum outro auxílio que tenha, bacana, mas assim dentro do que ela pode ofertar hoje, ela está dando.

9 e 10 - Nós usamos o gráfico sim, para classificar. O que tem na unidade mesmo, classificamos se ela está com sobrepeso ou não.

11 e 12 - Eu acredito que por eu também ter uma médica que tem toda uma formação em pediatria, acho que isso me facilita inclusive na hora de discutir. Ela me traz conhecimento e a gente se complementa, nessa abordagem. Muitas vezes eu me utilizo da discussão com ela, ou até mesmo com a nutricionista do NASF, que por sinal a que tem na minha equipe é excelente.

13 - Quando você me pergunta quais as dificuldades que você enfrenta para cuidar de uma criança com sobrepeso, eu não diria que eu tenho dificuldade. Eu acho que na verdade eu diria que talvez o familiar, o responsável por essa criança, talvez essa seja a dificuldade, eles não conseguem entender a nossa orientação, às vezes eles acham que passar com a nutricionista vai fazer a criança perder peso, ou que fazer um exame vai descobrir que ela tem um problema de saúde quando na verdade às vezes não tem nenhum problema de saúde, no sentido de alguma alteração hormonal, outro exame bioquímico que tenha que ser feito para dosar, e descobrir, quando na verdade a criança não come nada, não faz nenhuma atividade física enfim, e aí eu acho que essa é a dificuldade, não diria que eu tenho dificuldade para atender a criança que está acima do peso, a minha maior dificuldade é no sentido da família compreender que este cuidado relacionado à alimentação, ao peso, atividade

física, depende deles, e eles acham que depende da gente. Eles não conseguem entender que: “olha, vamos passar algumas orientações e vocês precisam seguir, não é uma pílula mágica”. Acho que essa é a dificuldade.

13 e 14 - Acho que da criança, quando eu digo lá da dinâmica que existe uma rotina, eu acho que é mais difícil para a criança, mas eu acho que muitas vezes é a família, o familiar que cuida mesmo, tem dificuldade de fazer essa associação. Na terça eu atendi uma criança que era assim, ela não comia, aí ela chorava, e aí ela mamava, ela mamava em torno de seis madeiras por dia, uma criança de três anos, e quando eu dizia para a tia, que trazia ela para mim, ela conseguia entender, mas ela falava assim: “minha irmã não consegue entender isso, nem meu pai, nem minha mãe”. Então assim, eu acho que é uma dificuldade de entender, olha, de criar rotina para essa criança, porque, por exemplo, essa criança ela come super bem na escola, aceita super bem as normas e as rotinas da escola, de horários, agora é hora de dormir, é hora de comer, mas em casa ela já entendeu que ela domina. Então quanto que isso não influencia essa criança para ela dizer que: “eu vou mamar meu leite com Nescau”, os pais têm uma dificuldade de instaurar algumas rotinas para as crianças, porque acham que talvez estejam amando menos, eles entendem como cuidado de amor mesmo, acho que isso influencia na dificuldade da criança compreender isso.

15 - Poucas vezes eu precisei encaminhar crianças por peso para a pediatria, eu estou tentando entender na minha cabeça alguma coisa. E para serviço especializado, se você tiver considerando a nutricionista do NASF tudo bem, agora para outros serviços não. Já trabalhei com homeopatia também, com criança que às vezes manifestam alguma questão de ansiedade, você percebe que tem uma questão assim. Já usei aí tudo, bem como serviço especializado, mas para UNESP na pediatria poucas vezes.

16 e 17 - Eu sinto falta da secretaria de esporte para as crianças, tem muito pouca coisa, e quanto de fato, por exemplo, se a gente for pensar nas atividades físicas na escola, se elas são de verdade sabe? De inclusão para as crianças acima do peso? Porque uma criança obesa na aula de educação física ela é o bullying com toda certeza, porque aula de atividade física na escola é só jogar bola, acho que outra coisa que é um nó na minha cabeça, por exemplo, é a merenda na escola, porque a

gente oferta para essa criança uma refeição no meio da manhã que é o almoço, e mais uma refeição no meio da tarde. É bacana para as crianças de baixa renda que muitas vezes é o almoço delas, mas muitas outras crianças elas almoçam na escola por volta das dez horas e almoçam em casa também, então acho que é uma outra questão que talvez deveria ser pensada. Mas vamos pensar para as crianças que a merenda é o almoço, porque não vai ter em casa, é uma outra questão, mas aí é social.

18 - Eu acho que uma experiência bem sucedida com criança é quando a criança está entrando na fase da adolescência, na pré-adolescência, porque daí eu acho que a criança ela consegue trazer mais para ela o quanto que o corpo dela tem um valor social, e que a sociedade cobra, sabe? Porque por hora na infância, se ela está só gordinha, está só acima do peso, não está obesa de realmente chamar muito atenção, aquela mais fortinha, ela vai levando. Mas eu acho que a hora que chega na adolescência mesmo, acho que eles conseguem dar o pulo do gato muitas vezes sabe, e aí eu acho que onde eu tenho uma questão maior. Pensar assim em experiência bem sucedida, eu acho que na criança eu acho que não. Acho que o máximo que eu consigo lembrar agora é aquela criança que mantém a curva, que ela não está fazendo a curva mais ascendente, de repente começou abrir muito a curva, é aquela criança que está se mantendo sempre, é um padrão dela.

19 – Não.

Médicos

Médico 1

1 - Ser médico na unidade de saúde é uma tentativa mais preventiva, alguma coisa mais de tentativa e erro. Acho que é a parte da medicina em que a gente trabalha sempre partindo do pressuposto de um paciente um pouco menos complicado e tentando sempre trabalhar para ele não complicar tanto, então a gente vai tentando cuidar das comorbidades, algumas medicações e algumas intervenções, mas não é um trabalho muito simples, tem vários problemas principalmente com paciente, o reconhecimento do paciente em perceber que o médico do posto não é só um médico do posto, é alguém que está ali com um gama grande de conhecimento, tentando varrer várias coisas juntas, tentando

somar, tentando colocar em um lugar só para ter um melhor atendimento, não especificamente, tentando abordar várias áreas.

2 - Minha rotina basicamente é em uma unidade menor, então a gente consegue fazer muita coisa que nas outras unidades é muito mais complicado. Mesmo nos atendimentos de eventual aqui, a gente consegue dar um pouco mais de atenção, o eventual às vezes passa de 5, 15 minutos passa para 20,30 minutos dependendo do que acontece, a gente consegue fazer atendimento, acolhimento bacana, consegue fazer o atendimento um pouco mais para o lado psicológico, e isso já consegue fazer na primeira consulta e isso não atrapalha tanto a agenda, tenta sempre estar fazendo a prevenção. A gente tem alguns problemas devido à distância, devido outros problemas logísticos, a gente tem pouco exame, então isso acaba atravancando um pouco o serviço. Às vezes precisa fazer alguns encaminhamentos até meio bestas para o pronto socorro, mas tem que fazer para dar uma acelerada mas é um trabalho particularmente tranquilo e a gente consegue resolver bastante coisa, queixas assim que poderiam virar um paciente muito poliqueixoso, vindo aqui toda semana a gente consegue resolver um pouco antes, que a gente sabe que nas outras unidades é um pouco mais difícil.

3 - Todo trabalho é feito em equipe, devido as proporções, por exemplo, dar um ponto, quem vai dar o ponto sou eu, mas todo o resto do trabalho, dos atendimentos, a gente tem discussões, a gente senta eu a enfermeira, às vezes tenta trazer o agente comunitário, auxiliar de enfermagem, mas também tem as outras rotinas, por exemplo o agente comunitário, por ser uma unidade pequena, só que os paciente ficam muito longe, então dificilmente eles estão com a gente em todas as discussões, o auxiliar de enfermagem tem o problema por serem poucos e tem que fazer muita função, então também é difícil ter eles sempre nas discussões, mas estamos sempre tentando usando um pouquinho da reunião, usando todo mundo que está aqui.

4 - Sim, estamos sempre atendendo as crianças, além do eventual a gente faz a puericultura e todas as abordagens da criança, seja alimentar, seja de crescimento, vacinação, seja de outras doenças mais específicas.

5 - O que a gente tem bastante é muita consulta de eventual, o acompanhamento da criança é meio complicado, as pais dificultam bem, arrumam desculpas

variadas, e na puericultura, com os menores de 2, 3 anos com a alimentação, pois tem muita dificuldade para fazer uma alimentação correta, eles vêm com uma carga relacionada a alimentação, por exemplo, eles falam, “meu outro filho tomou leite a vida inteira e não morreu”, eu sei, mas até que ponto, mas como são casas mais distantes, são interioranos, roceiros, eles têm uma cultura quem vem da aceitação de uma experiência anterior, sendo que se o vô falou, o pai falou, é o que vão fazer estando certo ou errado e dificilmente eles vão aceitar novas orientações.

6 - É muito pequeno o número aqui. Não que todo mundo aqui se alimenta muito bem, todo mundo mora no sítio, todo mundo come fruta, não! Mas sobrepeso e obesidade são poucas crianças, se não engano hoje temos aqui cerca de 75 crianças, e que eu me lembre de obeso temos 2 crianças e de sobrepeso, mais umas 2, 3, e o resto está no peso adequado, mas temos esse problema com a alimentação que é bem complicado, bem difícil a gente corrigir facilmente.

7 - Antes da criança entrar na sala eu já pego a escala do SISVAN, geralmente a gente usa esse gráfico, porque tirando os menores, dificilmente a mãe traz a carteira de vacinação que tem outros tipos de valores, então tem o azul para menino e rosa para menina porque eles têm que obedecer certas proporções diferenciadas, isso já anoto antes da consulta e vejo se está obeso, sobrepeso e outra coisa que eu sempre trabalho devido as aulas que eu tive, que até os 2 anos não é muito interessante entrar com condutas muito agressivas, porque a mãe entende errado, retira a alimentação da criança, aí ela vem muito magra, desnutrida e aí o problema é maior. O sobrepeso a gente consegue corrigir depois e a desnutrição são quadros um pouco mais graves, a gente faz o gráfico, chama a criança e o adulto, discutimos sobre a alimentação da criança que geralmente tem vários erros alimentares, sejam ligados aos fatores psicológicos dos pais ou fatores monetários, porque a gente sabe que a comida gordurosa, com mais carboidrato ela é mais barata então tem esses problemas que a gente tenta sempre abordar e se a gente percebe que a criança é obesa dependendo da idade a gente já começa com pedido de exames para ver até onde essa obesidade já teve alteração de colesterol, diabetes, porque a gente sabe que hoje em dia a idade de ter diabetes está diminuindo, porque a idade de ficar gordinho também diminuiu, a criança está ficando gordinha muito cedo com uma

alimentação muito ruim e a gente está assistindo a casos de diabetes, que antes a gente falava de diabetes entre 40 e 60 anos, a maior parte ainda está aí, mas hoje a gente já começa a assistir pessoas com 35 anos que antigamente a gente falava que era um diabetes diferente, mais raro, eles estão evoluindo para esse diabetes tipo 2 mais comum. Assim a criança um pouco maior já tem de intervir mais com alimentação, mesmo sendo um trabalho mais difícil, e encaminhamento para nutrição, tenta orientar, estimular atividades extra curriculares, então não está indo na escola, então tem como estar indo em algum lugar fazer alguma coisa, fazer esporte, e a nutrição quando a gente percebe depois de uns 6 meses, a gente dá orientação e chama em 6 meses e não surtiu efeito algum, às vezes pelo contrário, a criança ganha mais peso aí a gente vai atrás da nutrição para orientar mais firmemente, mostrar para mãe que não é só o médico ou enfermeira que viu isso, eles discutiram, passaram para o NASF, pessoal da nutrição, mostra a importância e o NASF chama para uma consulta também para reforçar a importância desses cuidados.

8 - Era um caso de puericultura. Não fui eu que atendi, mas fui chamado para acompanhar o quadro, a gente discutiu um pouco e era um problema com a mãe. Era um caso de puericultura que tinha 2 filhos, um bem gordinho e um com peso normal, o gordinho tinha até uma questão mais infantilizada, falava aos 8 anos como se tivesse 5 anos e a gente começa a perceber que para essa criança com 8 anos falar como uma de 4, 5 anos, existe mais, ele não tinha nenhum sinal de retardo mental, ele não tinha nenhum estigma que pudesse falar que tivesse uma questão genética e nesse momento a gente acaba a consulta e faz algumas orientações para mãe relacionadas à alimentação e pede para mãe ficar na sala, e quando a gente senta para conversar com a mãe, a gente percebe que é uma mãe que teve vários problemas na infância e um deles foi a questão de faltar comida, faltar alimento e ela se vê tentando compensar isso que ela não teve e quer dar para os filhos o que eles pedirem e acaba criando um mau hábito alimentar, então eles pedem e ela dá o que eles querem e acaba aumentando peso e não existe o reconhecimento de que isso precisa diminuir, de que isso precisa ser evitado e isso às vezes é mais complicado. A gente tentou intervir com a mãe, orientar e infelizmente depois acabou perdendo contato, a mãe não trouxe mais, ela vem mas não traz a criança e a gente perde um pouco do

paciente, porque se o responsável dele não traz, não tem como mexer e isso é um outro problema também, porque tem isso da criança não responder por si, a alimentação que ela faz é por causa dos pais e a criança menor, mais ou menos uns 6, 7 anos ela não responde praticamente nada por si, ela pede e o que ela come? E se não der? Ela não come, ela pode chiar, mas ela não come e aí a gente vê que os pais atrapalham muito na conduta, porque a gente pede para fazer uma alimentação melhor e eles não ajudam, e desse paciente, de outras vezes que a gente viu a gente percebeu que não houve uma alteração, a criança aumentou um pouco de tamanho que a gente percebe que cresceu um pouco de tamanho, mas não houve perda de peso, não houve uma introdução da criança em outras atividades, então a gente percebe que gente tenta orientar mas depende muito dos responsáveis e como não é uma coisa obviamente de se mandar para o conselho porque está obeso, porque não faz sentido, a gente acaba ficando podado, e o que temos a fazer é orientar, como no caso dela e mesmo que você sinta essa vontade, sabe que é importante, queria mostrar para ele que não vai faltar nada, a gente tenta fazer orientação de que precisa comer corretamente, fazer atividades, mas muitas vezes o responsável não responde e a criança continua obesa, com sobrepeso e com alimentação errada.

9 - Gráfico do SISVAN que é o que todas as unidades têm e quando a criança é menor e traz a carteira de nascimento, a gente usa ela que são as mais atualizadas, essa aqui do SISVAN a gente usa, mas sabe que tem algumas perdas e de vez em quando eu uso alguns aplicativos para ver algumas alterações mais precisas, a gente além do aplicativo, vai no computador ver se acha alguma régua, mas normalmente é o gráfico do SISVAN.

10 - A referência desse gráfico do SISVAN, a gente para o sobrepeso usa a marca do P90 até P97, e acima do P97 a gente fala de obesidade e isso para crianças menores de 5 anos, para crianças maiores de 5 anos isso já muda um pouquinho, então obeso já aparece do 90, 97, a gente já fala que a criança está obesa, desculpa, do 90 ao 97 é o sobrepeso, do 97 ao 99 é o obeso 1 e do 99 para cima é obeso 2 e aí a gente perde um pouquinho do gráfico, precisamos usar outras calculadoras, eu tenho um aplicativo, a gente procura a régua no computador. Aqui nessa unidade a gente tem uma criança maior que é quem eu

acabei de contar, e ela dificilmente vem, dificilmente a gente vê ela, a gente vai à casa ela não está, está em outro parente porque os pais trabalham, então a gente tem pouco contato com as réguas da obesidade.

11 - A gente sempre pede pensando nas doenças metabólicas, então sempre vai para glicemia de jejum, perfil lipídico, uréia, creatinina, TSH, T4 livre, os hormônios da tireóide, uréia e creatinina para gente sempre ver se já existe alguma alteração renal. Dificilmente vai ter porque é uma coisa muito pequena, mas além deles, se a gente nota alguma coisa genética, a gente também introduz o cortisol, pra ver se é algo relacionado às adrenais ou algum outro problema mais neurológico central mesmo, mas basicamente são esses, nessa rotina a gente inclui hemograma, urina 1, exame de fezes e parasitológico.

12 - Basicamente alimentação. É um trabalho bem complicado, a gente sabe que é um trabalho duradouro, mas é intervir na alimentação e tentar intervir ao máximo psicologicamente nos pais, não que tenhamos muito conhecimento em psicologia, mas tentar mostrar para os pais, primeiro que a alimentação da criança depende muito deles, se eles comprarem 20 pacotes de bolacha e 1 saquinho com 2 maçãs dentro, a criança obviamente vai comer mais bolacha do que maçã na casa dela e se ele inverter ele não vai morrer de fome a partir do momento que você ofereça obviamente, a gente sempre fala, vocês são uma família que a gente sabe que oferece bem os alimentos, troca a alimentação, pode trocar, “ah, mas ele não vai gostar”, isso pode acontecer 1, 2 dias, a gente tenta primeiro essa questão da substituição, da alimentação ruim para alimentação boa, depois a gente tenta colocar os alimentos que faltam, frutas, mas principalmente verduras e legumes, principalmente legumes, que sempre falta, hidratação a gente orienta bastante e início de ações extra curriculares também, esse é o começo, primeiro a gente tenta colocar os alimentos que ele não comia, e tentar a retirada de alguns, por exemplo muitas histórias de substituição pelo leite, então a criança não almoça, meia hora depois toma um copo de leite e aí a tarde ela toma um leite com bolacha, aí na hora da janta ela come alguma coisa e já toma leite, e antes do dormir toma leite, às vezes a criança toma até 6 doses de leite durante o dia e a mãe fica pensando “ai meu filho não ganha peso, meu filho está com crescimento alterado”, mas

normalmente está ligado nisso, nessa correção alimentar que precisamos fazer, mas é difícil! Aqui tem muito sítio, tem muito leite de vaca e o pessoal adora achar que leite de vaca é o melhor do mundo e nas vezes não é, então a gente tem primeiro que fazer a correção alimentar. Como nossa experiência aqui é pequena, as crianças normalmente não têm sobrepeso ou obesidade, as crianças tem um peso normal com uma subnutrição, mas normalmente primeiro a gente começa com essa troca alimentar e depois a gente vai começar a pensar em parcelar alimentação, a gente coloca uma consulta com nutricionista para orientar os pais porque as crianças são muito pequenas e elas ainda não entendem muita coisa então primeiro orientar os pais e depois algumas orientações para crianças para reforçar o que pode e o que não pode, e aí depois começamos a dividir a alimentação, só depois, primeiro a gente reintroduz a alimentação boa e depois inicia a divisão e aí vamos acompanhando com exames de 6 em 6 meses e se houver uma evolução boa, perceber que não tem alteração nenhuma, anual para gente só ir acompanhando, como o colesterol que é um dos primeiros que alteram e se a gente perceber que houve queda, a gente percebe que a alimentação está sendo feita corretamente, está se reduzindo o colesterol, os carboidratos, açúcar e o sal. Vamos ir acompanhando as crianças assim, normalmente são acompanhamentos longos e não é em 6 meses que uma criança que é obesa vai resolver tudo.

13 - Eles vêm com muito conhecimento antigo, não que seja uma coisa ruim, mas o conhecimento antigo, ele não se embasa em nada, ele se embasa, por exemplo, meu filho tomou café com leite a vida inteira e não morreu, isso não é uma evidência, isso não significa que toda criança precisa tomar café com leite para não morrer, isso não é uma questão de morrer, é uma questão alimentar e aqui até por falta de acesso a internet, telefone, televisão, então existe uma certa dificuldade de informação, então são essas idéias que elas perduram por muito tempo, outros problemas também. Você tenta colocar, tenta expor a necessidade e às vezes existe sim um desrespeito ao profissional, como é o médico do postinho, é a enfermeira do postinho, é o pessoal do postinho, não é o pediatra, não é alguém que só fala de criança obesa, não é alguém especialista, “será que ele sabe o que está falando?”. A gente também tenta quebrar essa barreira quando percebe, tenta trabalhar essa parte, mas é uma dificuldade. Uma outra

´dificuldade é o dinheiro, porque para se ter uma alimentação boa aqui em baixo, o problema é que aqui não tem mercado, não tem feirinha da população que dê para fazer uma valor bacana, tranquilo, normalmente são caminhões que precisam descer a serra e até vir até aqui eles cobram o que querem, eles tiveram que se deslocar até aqui, então cobram um pouco mais caro, então as comidas que já não eram tão acessíveis para as pessoas mais humildes, então as pessoas aqui não tem uma qualidade de vida maravilhosa, eles são sitiante, caseiros, são trabalhadores de fazenda, então às vezes não têm nem salário fixo, passam meses sem ganhar, com a promessa do ganho, então eles precisam cortar muito da alimentação deles no dinheiro, e aí que começam a aparecer os outros tipos de alimentos como os ricos em carboidratos, açúcar, sal... que aí é o problema grande.

14 - São todas essas que eu falei. Alterar a mente dos pais, por exemplo, “meu filho sempre comeu assim e tá ótimo”. Mostrar para eles que às vezes a criança está normal, ela se encaixa nos gráficos, mas não está com uma alimentação adequada, e pode ter problemas futuros e a questão da compra dos alimentos, porque passa aqui 2, 3 vezes por semana no máximo, um verdureiro, um hortifruti, então não é o tempo inteiro e eles não vão gastar um dinheiro para algo que vai estragar, não vai comprar 5 pés de alface se vai comer 2 e os outros 3 vão estragar, então tem a questão dos pais, tem a questão da alimentação e essa questão das idéias antigas que eles trazem.

15 - O problema aqui de baixo é a baixíssima experiência que a gente tem com obesidade, é o que eu falei, se tivesse crianças a gente teria mais sobrepeso, não tem quase casos de obesidade. Mas se tivesse que fazer encaminhamento, primeiramente iria atrás do pessoal do NASF da nutrição para ajudar, com uma correção alimentar, e observando que o NASF não está conseguindo ajudar, se a criança estiver tendo alterações metabólicas e importantes, faria o encaminhamento para especialidade. Tem o ambulatório de obesidade da pediatria da UNESP, a gente tenta, dependendo do caso, fazer o encaminhamento comum, e, dependendo do caso, fazer o encaminhamento mais rápido, aí a gente entra em contato com o serviço da UAC, para gente tentar encaminhar um pouquinho mais rápido.

16 - Todo o trabalho na unidade é feito em equipe. Se na consulta a gente percebe que está faltando alguma coisa e os pais não trazem, a gente tenta perguntar para outras pessoas da equipe, os ACS... a gente tem hoje uma auxiliar de enfermagem, que é da comunidade, então pode trazer algumas informações extras, e esse é o trabalho em equipe que a gente consegue fazer, e obviamente com a associação com o NASF.

17 - O NASF que ajuda, e o serviço de especialidade da UNESP, a gente não tem mais os projetos, antigamente tinham projetos que usavam a escola aqui do lado do posto, mas não tem mais, e não temos uma indicação de projetos. Hoje a unidade carece muito dessa parte, então a gente acaba usando do NASF, tentando encaminhamento e o resto acaba sendo por orientação mesmo, de procurar uma outra atividade para fazer, de fazer alguma atividade até mesmo em casa, fazer outras coisas além de computador, TV, ficar em casa, para ele estar se exercitando, tentando mudar a rotina que acaba aumentando o índice de obesidade.

18 - Resposta direta, não, porque não temos experiência, A gente não tem nada específico de conhecimento para realizar esse tipo de atendimento. A única é aquela criança que praticamente sumiu, então não tem nem como falar se realmente resolveu ou não.

19 - Não.

Médico 2

1 - Ser um médico responsável pelas famílias atendidas aqui na minha região, de uma certa população e sou um médico que tem um vínculo maior com essas famílias.

2 - Sim, as queixas mais comuns são as queixas de vias aéreas, queixas respiratórias que mais a gente atende nas crianças. Não tenho muita criança com

sobrepeso e obesidade. Tem uns caso sim, mas não é uma população muito grande não.

3 e 4 - Sim

7 - Primeiro a gente identifica, diagnostica, coloca na curva, faz IMC se necessário e faz um recordatório alimentar das crianças e, uma vez diagnosticado o sobrepeso e obesidade, a gente tenta orientar a mãe e a criança e tenta convencê-la de realizar mudanças para tentar resolver esse problema, além da parte da dieta, orientação também de atividade física.

8 - Não penso em nenhum caso em especial, mas semana passada estava discutindo um caso de um adulto com a nutricionista e lembrei que não era só ele que precisava destas orientações e acolhemos ele e dei a idéia de fazer uma consulta em grupo familiar, ele trazer a esposa e os dois filhos que, se não me engano, estão abaixo dos 10 anos e que são obesos. Então fazer um atendimento em grupo deles, dessa família. Mas assim, nada em especial com obeso.

9 - Uso o gráfico da unidade

10 - Recordatório e gráfico

11 – Sim. Hemograma, glicemia, perfil lipídico (colesterol mais frações e triglicérides).

12 - Além das orientações nas consultas eu tenho o apoio do NASF com a nutricionista e educadora física. Então quando vejo que não estou conseguindo, peço auxílio a eles e converso sobre o caso e às vezes consigo um atendimento deles ou uma consulta compartilhada.

13 e 14 - Sim, na verdade a maior dificuldade não são as crianças, são os pais. Temos que convencer os pais que eles estão agindo de forma errada ou inadequada inconscientemente, cedendo quando não deve ceder aos gostos da criança e sempre oriento a ter disciplina em relação alimentação.

15 - Primeiro a gente tenta resolver na unidade e com o NASF e depois disso, caso não tenha jeito, claro que vou tentar alguma coisa com o serviço terciário, no caso a UNESP, mas não tem nenhum caso que eu precisei.

16 - Tenho apoio do NASF. As enfermeiras têm também as consultas de Puericultura, a gente alterna e discuti os casos.

17 - O NASF e a UNESP.

18 - Tem alguns casos que a gente tem um progresso rápido, da criança diminuir o sobrepeso e você vê isso nas consultas, na evolução, mas algum caso específico estou tentando me lembrar...

19 - Acho que é um problema importante na geração de hoje, crianças com sobrepeso e obesas e é necessário sim intervenção de nós profissionais da saúde para tentar melhorar isso. Muita alimentação industrializada, muita facilidade de alimentos prontos que as crianças adoram, as guloseimas, e isso contribui bastante para eles adoecerem no futuro.

Médico 3

1 - Ser médico de família é tentar resolver os problemas dos pacientes, do modo mais eficaz possível.

2 - Como toda USF a gente faz muito atendimento dos pacientes em geral. Infelizmente a gente tem uma predominância de casos eventuais, mais agudos e a gente tenta fazer o acompanhamento dos pacientes programáticos, de HAS, DM, crianças, gestantes. A gente está tentando fazer um trabalho maior com grupos, a gente está tentando aumentar, dar um fluxo maior para os pacientes para outras atividades, como pequenas cirurgias, colaboração para atualização da equipe conforme necessidade.

3 - Acho que sempre a gente trabalha em equipe, mesmo que você esteja trabalhando dentro do consultório você depende de quem faz a pré-consulta, depende de quem faz a pós-consulta. Então, assim, acho que o trabalho em equipe é geral, não é um momento específico. Acho que aqui dentro da unidade sempre vamos trabalhar em equipe.

4 e 5 - Sim, principalmente problemas de nutrição, principalmente risco de sobrepeso e obesidade, os 2 principais.

7 - Tento primeiro ver qual o Z score, da situação da criança, e conversar com os pais sobre a alimentação, quem cuida (porque a maioria das crianças tem um outro cuidador além dos pais) e ver, de maneira geral, como é a saúde mental dessa criança que possa estar interferindo no quadro.

8 a 12 - A gente tem vários aqui! Começo fazendo como comentei, qual é o Z score pondero-estatural, faço um recordatório alimentar, tanto das 24h quanto da semana, confronto o cuidador no caso, se estiver presente, e a gente faz um planejamento, dando orientações, substituição de alimentos ultra refinados para alimentos mais naturais, indico atividade física, peço alguns exames para ver se tem alguma coisa que possa estar interferindo, por exemplo, hipotireoidismo, diabetes... Geralmente HMG para ver se tem algum risco para anemia, T4livre, TSH e glicemia de jejum, são os principais. Dependendo da faixa etária e dependendo do que vem no recordatório alimentar, peço perfil lipídico.

13 e 14 - Principalmente aderência dos pais, acho que é o principal. Eles ficam com aquela questão: “ah, coitada da criança” e acabam deixando a criança meio que solta. Às vezes os avós, que são os outros cuidadores mais próximos também não têm, digamos assim, pulso para manter a criança na linha né? Não conseguem dar os limites para a criança.

15 - A gente discute principalmente aqui no NASF, com a parte de nutrição. Agora específico para a UNESP eu acho que a gente encaminhou 1 caso nesses últimos 2 anos, para o ambulatório de obesidade infantil, mas foi 1 episódio único, uma obesidade extrema, com score >3, com algumas coisas que não estávamos conseguindo acompanhar.

17 - De cabeça agora assim não, é o NASF mesmo, contribui bastante com a gente.

18 - É um caso de mais de 5 anos atrás que a gente conseguiu que a criança mantivesse o peso. Apresentou o estirão de crescimento daí a proporção peso X altura já foi melhorando gradativamente. Eu consegui conscientizar a avó, que era a principal cuidadora que, quando estava na casa dela, era rígida com as orientações alimentares. Agora, foram os pais que realmente não aderiram, mas mesmo assim a criança conseguiu diminuir pelo menos o risco dela.

19 - Eu acho que talvez solicitar tipo uma capacitação em alimentação infantil como um todo para a gente aprimorar esse tipo de coisa, pois as abordagens mudam todo mês, todo ano, então uma atualização seria de grande valia.

Médico 4

1 - Ser Médico da ESF atualmente para mim é tentar educar a população, promover saúde, orientar a forma de prevenção, evitar possíveis doenças futuras na comunidade. Eu vejo assim, dessa forma ser médico da ESF hoje.

2 - A gente tem quase 80% dos atendimentos sendo eventual, temos os agendado e algumas atividades que a gente tem que cumprir como metas. As visitas domiciliares, alguns grupos, essas coisas.

3 - Devido à falta de disponibilidade de tempo a gente não faz nenhum trabalho em equipe. Não tem tempo, pela demanda de consultas extras a gente não consegue dispor de estratégias em equipe em atividades fora da unidade.

4 - Só rotina. Na verdade não tem nenhum programa que faz alguma coisa, que vê alguma coisa em relação à criança. Então a gente tem, na verdade, só a rotina de que quando eles nos procuram em consultas eventuais ou agendadas, mas saindo da faixa etária que entra a puericultura a gente não exerce nenhuma atividade.

5 - Olha, na população em geral o que a gente mais vê de crianças nessa área é anemia, parasitoses, obesidade (questão que a gente não vê muito como demanda, os pais não vêm com essa queixa). Então o que a gente vê mais é anemia e parasitose.

6 - Obesidade não aparece corriqueiramente. Identifico um caso (na unidade temos apenas 1 caso em questão) e que a gente já fez encaminhamento, orientação para os pais e a gente já passou para a nutricionista.

7 - A abordagem principal, o foco, é nos pais. A gente coloca as orientações para os pais, não em cima da criança em si, lógico que a gente faz orientação para a criança, mas por a compreensão delas ser menos, acaba colocando mais a responsabilidade nos pais, como MEV, às vezes falar “não”, não é porque você não gosta, é para você tentar dar uma qualidade para a criança no futuro. Então assim, a abordagem, o foco principal é sempre os pais.

8 - Na verdade esse atendimento quem fez o primeiro contato não fui eu, foi a enfermeira, e ela veio e me trouxe todos esses questionamentos sobre obesidade, foram feitas orientações sobre alimentação em si. Mas eu não tive uma consulta, não tive uma avaliação, não fiz nada sobre a criança na verdade. Então assim, não foi uma consulta, foi simplesmente um eventual que a gente fez uma abordagem em cima disso, foi uma coisa rápida, nada específica.

9 e 10 - A gente tem o gráfico que está na caderneta de vacinação e que vem junto e o gráfico do ministério que é anexo ao prontuário e a gente coloca na curva. O nome do gráfico eu não sei. Daí a gente vê "em que pé que tá" para a gente classificar a obesidade.

11 - A gente pede a parte de perfil lipídico, glicemia de jejum, TSH e T4livre. A gente sempre avalia a parte da tireóide e o HMG que são rotineiros na questão, mas basicamente são esses os principais.

12 - A estratégia é sempre focar nos pais mesmo. Na unidade não disponho de nenhuma outra intervenção nessa faixa etária. É só com os pais. A gente não tem nenhuma outra intervenção, a não ser quando a gente encaminha para a nutricionista que daí é um outro tipo de intervenção.

13 e 14 - Não tenho dificuldades. As dificuldades são a má compreensão dos pais naquilo que a gente orienta em relação ao hábito alimentar e da introdução de uma atividade física. Acho que esses são os principais. Os pais saem trabalhar e deixam com os filhos mais velhos ou com parentes, vizinhos... E eles acabam não tendo essa obrigação de mudança assim. Acho que essa é a principal dificuldade do tratamento em si. Não só em relação à alimentação em si, mas em todo o contexto eu acho que essa é a maior dificuldade que a gente tem na adesão ao tratamento.

15 - A gente encaminha caso a gente note que não está tendo uma adequação. Exemplo, a gente passa as orientações, a gente conversa com o pessoal da nutrição, passa essas orientações e acompanha a criança. Se a gente vê que não está tendo o objetivo alcançado, não está perdendo peso, não está tendo alteração e se a gente identificar alguma coisa/problema (tipo uma doença, hipotireoidismo) que a gente não tem um manejo na unidade a gente acaba encaminhando para o

serviço especializado. Endócrino infantil, acho que é o principal que a gente faz o contato.

16 - A gente tenta utilizar sim, mas a gente fica mais focado no médico e na enfermeira, a gente não consegue abranger os ACS e o pessoal da equipe de enfermagem em geral. A gente não tem adesão, também porque a gente não tem proposta terapêutica fora do campo da unidade.

17 - Só o NASF que é a parte da nutrição e particularmente ninguém mais. Desconheço outros serviços de apoio nessa região.

18 - Eu tive um caso em uma outra unidade, que eu me lembrei. Não vou dizer que foi bem sucedido, mas teve redução do peso. Não fiz seguimento/acompanhamento, então não sei se ela teve a manutenção da redução, não sei se voltou a engordar ou não. Mas a princípio quando eu peguei a criança, a gente orientou os pais e houve a redução, mas depois a gente perdeu seguimento. Lógico, não era uma criança muito nova e a gente conseguiu alguma coisa a mais, mas foi por pouco tempo, o seguimento não foi contínuo, perdemos o contato.

19 - Não

Médico 5

1 - Fazer o acompanhamento das famílias, das crianças, dos adultos e na prevenção e promoção da saúde.

2 - Aqui tem eventual e agendado. Se no eventual eu vejo que o paciente está tendo muita falta nas consultas agendadas eu aproveito para realizar exame clínico, independente se é paciente crônico ou adulto sem comorbidades.

3 - Sim, tem o Hiperdia. Às vezes (não é sempre por causa do tempo) os enfermeiros ajudam bastante a gente no eventual, no acolhimento e vice-versa.

4 e 5 - Sim, obesidade infantil, dislipidemia e alimentação errada (total!), como substituição por lanches, pizzas.. por que às vezes a criança acaba adotando essa alimentação porque os pais têm.

7 - Eu começo pela alimentação da criança, pergunto o que geralmente os pais jantam, e o uso de bolacha, bolacha recheada, iogurte, o que eles ficam comendo

nos intervalos das refeições e aí eu oriento sobre a alimentação. Não tenho tanta abrangência igual a nutricionista, mas o básico eu faço. Daí eu colho exames, depende da idade da criança, assim, triglicerídeos, colesterol, aí eu convoco, oriento, faço de novo em 6 meses, se não tiver resultado eu converso com a nutricionista. Ou então, se a mãe solicitar, eu já passo para a nutricionista.

8 - Tem uma que é obesa e tem colesterol alto e o triglicerídeo aumentado. Já tem 1 ano (desde o ano passado), já repeti os exames e a mesma coisa. Tentei orientar e tentei até encaminhar para a UNESP para ver se introduzia medicação ou não, por isso eu não tenho tanta segurança, para a introdução de medicação na criança. Mas a orientação na casa, quanto às frituras, rica em carboidrato eu sempre orientei.

9 - Eu não utilizo gráfico.

10 - Pelo gráfico (rs), escore e IMC. O gráfico até 5 anos que a unidade fornece.

11 - Glicemia, colesterol total, triglicerídeos, HDL, HMG. Nem sempre uma criança obesa, "gorducha" e fofinha vai ser saudável. E oriento também atividade física, por que eles ficam bastante na frente do videogame, celular e televisão.

12 - Orientação de prática de exercício físico, mudança de estilo de vida, hábito alimentar, não introduzo de cara a medicação.

13 - Mudar a alimentação, pois os pais acabam cedendo.

14 - Às vezes acredito que a gente está falando por falar, esperam que o médico resolva isso, em relação à obesidade, que pegue na mão. A gente até orienta, mas não dá para ir até a casa para falar o que é ou não para dar.

15 - Para a pediatria/UNESP, quando não consigo as metas do emagrecimento ou dos perfis lipídicos.

16 - Não. Ah, uso em relação à nutricionista do NASF.

17 - Não, só o NASF que eu recorro.

18 - Não

19 - Não

Médico 6

1 - Nossa! Pergunta bem difícil, bem ampla. Eu comecei a trabalhar na ESF em 2003, quando fiz o curso de especialização, então, ser médico da ESF para mim é tentar prestar o melhor cuidado possível para os pacientes, ter melhor relacionamento dentro da equipe, tentar se atualizar, atuar em comunhão com as famílias e toda a rede disponível.

2- Eu trabalho diariamente das 7 às 17h, tenho horário de almoço, tenho pacientes agendados todos os dias, também faço atendimento de consultas extras, todos os dias, tenho horário para visita domiciliar. Infelizmente não temos muito horário para as reuniões de equipe, que foi reduzido para 1 hora a cada 15 dias, tem horário de discussão com os profissionais do NASF.

3 - Olha, o trabalho é feito em equipe. Eu acho que não tem como trabalhar na ESF se não estiver em uma equipe, não dá para trabalhar isoladamente, tem que haver uma harmonização dos profissionais. Eu acho que sim, a gente trabalha em equipe.

4 - Sim

5 - Tem vários problemas. Uma questão muito presente é a questão da saúde do escolar, com o aprendizado. A questão da obesidade infantil que está muito importante, inclusive com algumas doenças que eram mais prevalentes na idade adulta aparecendo na infância e problemas respiratórios são os mais prevalentes.

7 - No atendimento individual eu procuro fazer uma abordagem, quando a criança é maior, com a própria criança no sentido de procurar saber qual é a rotina alimentar, quais são os hábitos alimentares e normalmente um acompanhante, que geralmente é a mãe, para dar algumas orientações sobre alimentação saudável, explicando que a criança apresenta problema com sobrepeso ou obesidade e quais os problemas que pode ter no futuro, mas não adianta a questão voltada só para a criança obesa, acho que tem que avaliar a família inteira, pois o erro está em todos.

8 - Tem uma criança, ela tem 4 anos, o peso dela já é mais do que 30 kg, então ela é visivelmente obesa. É claro que o IMC comprova totalmente isso e a mãe não a vê como uma criança obesa, ela não aceita que a criança está correndo risco, que a saúde dela está sendo colocada em risco pela obesidade. Ela acha bacana poder

oferecer para a criança alimentos industrializados, que na época dela ela tinha vontade de comer algumas coisas que a família dela economicamente não dispunha e agora ela acha que isso é um ganho e não consegue se adequar às orientações que a gente oferece quanto à alimentação saudável.

9 - Utilizo. Utilizo tanto o escore Z quanto a curva de crescimento, que está um pouco desatualizada ao meu ver, mas são os 2 instrumentos que a gente dispõe na unidade.

10 - A referência é o IMC.

11 - Sim, eu peço exames laboratoriais para avaliar a glicemia, o colesterol, função renal. São basicamente esses de rotina. Quando tem alguma suspeita diagnóstica eu peço exames para avaliar a tireóide e função hepática.

12 - Além da orientação individual, a gente conta com a nutricionista do NASF e eu costumo discutir casos com ela e ela faz um atendimento, que eu vejo, normalmente individual com a criança. Mas existe um pensamento de poder fazer alguma coisa em grupo, nesse sentido.

13 e 14 - Olha, a dificuldade é que isso está tão intrinsecamente inerente aos hábitos de vida, né? E essa questão, além de social, individual, é de saúde mental também da criança e da família, então é muito complexo. Eu acho muito difícil a abordagem, talvez a gente tenha que expandir um pouquinho. Eu sei que nas escolas tem uma avaliação nutricional também, a merenda é planejada, mas talvez interagir mais com a unidade de saúde e as escolas, creches... Tentar trabalhar em conjunto.

15 - Normalmente tem o ambulatório de obesidade infantil, na UNESP, então, quando o encaminhamento é necessário, é para lá. Quando a criança é muito obesa, quando a família tem muita dificuldade ou às vezes já tentou mudanças de hábitos e não estão surtindo efeito a gente faz o encaminhamento.

16 - Atualmente não tenho feito, mas algumas vezes já fiz grupos com a participação dos agentes comunitários, os pais, mas também era voltado para hábitos saudáveis de vida, não só voltados para criança com sobrepeso e obesidade.

17 - Então, tem o NASF, que é um serviço importante e é o que a gente tem mais contato. Já tivemos também, através dos alunos de nutrição, que estagiavam na unidade. Mas atualmente esses alunos não estão mais estagiando.

18 - Não sei dizer especificamente, mas tem sim experiências exitosas que a gente observa as mudanças de hábito e a família fica mais feliz, mais encorajada e até se torna replicadora para os familiares mais próximos e para outras pessoas.

19 - Olha, eu acho um tema importantíssimo, a gente está vivendo uma epidemia de sobrepeso e obesidade e eu fico muito curiosa com o resultado desse trabalho e eu espero que sejam criados mais instrumentos para que a gente possa trabalhar com isso com efetividade.

Médico 7

1 - Eu gosto bastante de da ESF, acho muito gratificante, mas acho que a gente está vivendo um momento também que eu esteja me sentindo um pouco sobrecarregada, um número maior de paciente do que o preconizado pelo ministério, então acho que vem um misto de sentimento, gratidão e um pouco me sinto sobrecarregada.

2 - A minha rotina é muito diversificada por ser medicina de família, mas assim, em geral a gente tem os atendimentos eventuais, todos os dias de manhã, daí a gente faz um atendimento um pouco mais rápido, mas ao mesmo tempo aproveito que o paciente está aqui eu vejo se ele precisa de alguma outra coisa, como exames a gente acaba já solicitando, não perdendo esse tempo, e os pacientes agendados, que geralmente é mais focado na puericultura, pacientes hipertensos, diabéticos, e pré-natal. Além disso, a gente acaba fazendo alguma intervenção na parte de educação em saúde, a gente tem aqui no Santa Maria, 2 projetos sociais que a gente intervém junto com os internos do sexto ano, fazer atividade de educação em saúde, algumas vezes na escola também e na creche.

3 - Acho que sim, no geral acho que é tudo em equipe, desde o acolhimento, os atendimentos mesmo eventuais como agendados e das reuniões que a gente faz. Acredito que tudo está centrado na equipe mesmo.

4 - Sim, puericultura.

5 - A área que a gente está, aqui no Santa Maria, tem um grande número de crianças, e na maioria das vezes a gente observa uma questão de vulnerabilidade social, coisas relacionadas à higiene, má alimentação, desnutrição, obesidade infantil, a gente vê também quadros mais respiratórios, que são mais frequentes na criança, respiratórios agudos (os crônicos são mais difíceis), mas acho que no geral está relacionado com essa parte respiratória e a vulnerabilidade social.

7 - Depende muito da faixa etária da criança, né? Porque as crianças mais novas, geralmente menor do que 5 anos, a gente acaba fazendo um trabalho maior, quase que exclusivo com os pais, acho que são os mais envolvidos. Sempre faço um recordatório alimentar, a rotina do dia e tento fazer certinho a quantidade dos alimentos que a criança está ingerindo, o açúcar principalmente, que acaba sendo um dos vilões aí e oriento a mãe em relação à alimentação, aos riscos e ofereço o serviço da nutricionista da unidade, além disso, nesses casos, acabo solicitando exames laboratoriais, colesterol, insulina basal, glicemia, a gente acaba fazendo essa triagem também e solicito um retorno para avaliar como está sendo o ganho de peso da criança. Daí as crianças na faixa etária mais velha dá para trabalhar em conjunto com a criança e a família, também orientando a criança, conto uma historinha para a criança, tento ver também o que ela pensa disso, envolver ela nisso, sem estigmatizar ou qualquer preconceito, mas assim envolver em relação à saúde dela e eu ofereço a nutrição também como estratégia, oriento atividade física, esporte, lazer também... é mais ou menos isso.

8 - ((Risos)) Recentemente eu atendi uma criança com sobrepeso e que é bem comum isso na verdade! E assim, ela se alimentava com bastante guloseima, bolacha recheada, refrigerante suco em pó... Então a criança já tinha por volta de 7 anos e eu conversei bastante com o pai que veio na consulta, não foi a mãe, orientei sobre a questão dos limites, porque percebi que tinha a questão do limite, porque a criança queria os alimentos e eles acabavam cedendo, comprando e a criança se alimentava menos com o arroz e feijão e queria mais se alimentar com as guloseimas, daí eu orientei a questão do limite para o pai e para a criança eu sempre faço uma historinha (que eu acho que funciona um pouquinho, em alguns casos) e daí eu desenho 2 corações. De um coração eu faço um caminho e mostro para a criança que o caminho que chega ao coração é o oxigênio, e se você toma refrigerante, salgadinho entope o caminho e o oxigênio não consegue chegar ao

coração e o coração fica triste. Mas se a criança come salada, verdura, fruta, esses alimentos ajudam o oxigênio chegar ao coração e ele fica feliz. Então assim, já teve casos de sucesso, que a criança nunca mais tomou refrigerante depois da história do coração, mas assim, tento fazer de forma lúdica para a criança e com os pais trazendo mais essa responsabilidade. Além disso, encaminhei a criança para a nutricionista e pedi exames complementares, HMG, colesterol total e frações, a glicemia de jejum e a insulina basal. Então tentei fazer um rastreio para esse lado também.

9 - Então, a gente usa sim o gráfico que geralmente vem junto da ficha, na rotina. Mas assim, eu até preciso me atualizar em relação a isso porque tem um outro tipo de gráfico, pela organização mundial, que tem o Z score que mostra mais certinho do que esse aí. Mas atualmente estou usando esse, mas eu até estou com o link dessas tabelas mais atualizadas que o interno me passou.

12 - Acho que terapêutico assim, mais a mudança do estilo de vida, a gente acaba falando, que é a alimentação e a atividade física principalmente, o trabalho com os pais e a nutricionista. Em relação à medicação realmente eu acho que uma vez só que era um adolescente e eu entrei com Topiramato na época por conta de obesidade já, mas assim, quando a gente pesquisa, vê que os exames laboratoriais estão normais, tudo certinho, a gente acaba fazendo mais essa medida comportamental e a mudança do estilo de vida. E quando já tem uma alteração, por exemplo, o índice de Roma que a gente calcula com a insulina basal, se tiver alguma alteração, a gente encaminha para o ambulatório de obesidade infantil da endócrino-pediatria por conta da resistência insulínica, então é mais ou menos isso que eu faço.

13 e 14 - Acho que é mais questão social mesmo, de entendimento da importância disso na saúde dos filhos, acho que é muito comum a gente ver desde neném os pais oferecendo açúcar, bastante no leite desde “nenezinho”, então é um trabalho de formiguinha eu sinto, um pouco em toda consulta, falar, orientar, falar da importância, mas há uma dificuldade mesmo no entendimento de como isso pode afetar a saúde da criança. Então é mais em relação aos pais, eu acho, e às vezes uma questão de praticidade, ser alimentos mais baratos e tal. Então a questão financeira acaba dificultando também.

16 - Sim, a gente sempre orienta o grupo com a nutrição do NASF.

17 - Rede de apoio é mais o NASF mesmo eu creio, e talvez em alguns lugares, como em Vitoriana eu sei que tem o CRAS que às vezes tem atividades físicas com as crianças, dependendo do caso, tem algumas coisas, equipamentos sociais que podemos utilizar como recurso que tem perto da unidade, colocar em algum projeto, orientar a mãe a procurar o projeto social, porque lá eles têm uma alimentação balanceada, tem orientação também, então a gente acaba encaminhando para o projeto, orientando atividade física em um local acessível (aqui no Santa Maria a gente tem o SESI) e o CRAS e o NASF.

18 - Acho que foi o caso da menininha que nunca mais tomou refrigerante para não deixar o coração triste ((risos)). Eu acho que foi um caso que deu bem certo, mas no geral, é bem difícil a gente conseguir algum sucesso, na maioria das vezes é difícil porque muda hábitos e tal. É um desafio a se melhorar.

19 - Acho que é um tema bem importante, relevante e pode contar com a gente para tudo o que precisar.

Médico 8

1 - Procurar atuar na prevenção de doenças, as doenças mais prevalentes e a gente é porta de entrada do paciente na saúde, ele vai procurar primeiro a gente aqui e daqui que a gente vai tentar dar o fluxo para tentar resolver o problema dele.

2 - A gente parte de atendimento da demanda espontânea, é porta aberta, né? O paciente chega e é acolhido, registra a queixa e já é trazido para uma consulta médica ou de enfermagem e a partir daí a gente vai classificando a doença. Se é uma doença programática a gente vai ter que fazer um acompanhamento mais de perto ou se é uma doença aguda que vai ser medicada e dado alta.

3 - Sim.

4 - Fazemos atendimento específico de puericultura e pediatria

5 - Infecção de vias aéreas, erro alimentar tem bastante, é importante, bastante prevalente, infecções TGI, verminoses, acho que é mais isso, erro alimentar, verminoses e infecções de vias aéreas.

6 - Sim

7 - Tem alguns, que até nos chocam. Uma criança muito jovem, com peso muito alto, tem sim. A partir do momento que a gente identifica já separa o prontuário para discutir com a equipe multiprofissional da unidade, com a nutricionista, educador físico, alguns casos a gente pensa em encaminhar para o CEPRAN na UNESP, mas eu não sei como é o fluxo de lá. A gente faz o IMC, faz o recordatório alimentar, tenta em um primeiro momento dar uma orientada, mas é pouco tempo na consulta, por isso a gente tenta conversar com o colega nutricionista, educador físico, para incentivar a alimentação saudável, exercício físico, tentar mudança de hábito de vida.

9 - Sim, a gente tem um gráfico, mas o mais atual é o de IMC por idade. A gente usa aquele peso X altura também, mas tem o mais atual de IMC X idade que eu acabo utilizando. Aquele que tem os escores, para ver se tem risco de obesidade, sobrepeso, baixo peso...

11 - Sim, peço exames complementares, glicemia, função tireoidiana, lipidograma, HMG.

12 - Eu penso mais multiprofissional aí, tento eu orientar um pouco, peço para o colega nutricionista, peço ajuda do educador físico, discuto com a mãe alguma estratégia para adequar a alimentação em casa, para estimular ela fazer exercício físico, mudança de estilo de vida, acho que essa é a estratégia. Não faço grupo específico para criança.

13 - Acho que a maior dificuldade é não conseguir colocar na prática, né? O alimento mais barato é o carboidrato, é o alimento processado, industrializado e a gente não consegue mudar isso na população. Orientar uma alimentação a base de legumes, verduras, frutas é difícil, também por causa do padrão de renda da família, então a gente fica com dificuldade de orientar essa mudança de estilo de vida pela condição social também, né?

15 - Para o CEPRAN ou endócrino-infantil às vezes também dá para tentar, quando tem perfil lipídico alterado, quando ele fica hipertenso muito cedo também, então tentamos também com eles.

16 e 17 - Tem o NASF, o terciário, no caso a UNESP, endócrino-pediatria.

18 - Bem sucedida? ((risos)) Infelizmente não, a maioria ainda está em um processo. Talvez um caso, de uma criança que foi para o CEPRAN, daí começou a ficar hipertenso, daí foi para a nefro, então até que ela está bem controladinha, o professor lá pegava bastante no pé da família, com uma abordagem pesada, rigorosa e isso chocava um pouco a mãe, a filha. Talvez esse tipo de abordagem surta efeito, né? A gente percebia que com essa abordagem mais firme parece que chamava mais a atenção da família para a mudança do estilo de vida. Mas acho que é um caso que está sendo bem sucedido, está estável.

19 – Não.

Médico 9

1 - Bom, a gente é um pouco de tudo, um pouco de psicólogo, um pouco de amigo, nutricionista, um pouco de tudo ((risos)). Mas é bem gratificante assim, são poucos que seguem o que a gente fala, mas quando segue você vê que dá certo, acredita que dá certo.

2 - Atualmente a gente está bem sobrecarregado porque aqui é para ter duas equipes e só tem uma equipe, então eu mesmo vejo que a gente está só tocando serviço, a gente atende, vê o que dá para fazer no dia, mas não que a gente está fazendo estratégia da saúde da família, que dá para estruturar melhor, atender consulta agendada. Atualmente acho que não está não, mas dá para ser melhor, se contratar mais, aumentar a equipe do NASF, pode ter fono, terapeuta ocupacional, outros profissionais, né? A gente tem os agendados, que faz parte, né? Mas a agenda está para quatro meses então eles acabam meio que faltando e quando a gente marca o NASF eles faltam também, marca o CAPS e eles faltam também. As famílias são bem difíceis assim da gente trabalhar.

3 - Sim, total. Por que assim, a população ainda quer ser atendida só pelo médico, mas se a gente propõe: “ah, a gente vai marcar um nutricionista, um fisioterapeuta, ou vou te marcar um grupo de adolescentes”, aí no início eles não querem, mas aí eles vêm e acabam gostando.

4 - Sim, puericultura de 0 a 2 e depois a gente acompanha. Mas isso dos 3 aos 8-9 acaba vindo por demanda da mãe. Se ela acha que não está bem ela traz, senão não. Então acaba vindo mais IVAS, os problemas respiratórios, mas não que a gente acompanha, acaba meio que perdendo.

5 - Parece bastante erro alimentar, criança magrinha ou criança muito gordinha. Mas os principais são os problemas psicológicos, agora no inverno eu acho que são os respiratórios, mas no geral assim, é muito falta da mãe, falta do pai, que está preso, mesmo quando está presente, a mãe é drogada, então... Daí tem as mães que a gente acaba até fazendo alguma coisa, mas daí ela não segue aí vai voltar somente quando já é adolescente, mas daí o trabalho é dobrado, né? Se não deu certo nem na infância deu certo. Então a gente tem a Fundação Casa, meninas engravidando...

6 - Tem, a gente tem um menina aqui com 1 ano e 8 com 20 quilos, eu falei "para tudo", né? 18 kg! "Mas por quê?" A mãe foi embora (a mãe também vai embora, não só o pai) daí ela ficou com a avó, mas enfim...

7 - Geralmente a gente coloca na curva de crescimento e mostra para a mãe, "o que você acha do que come?", daí você vê que dá açúcar para o recém-nascido, no bebezinho já querem oferecer açúcar, querem adoçar as frutas e sempre a gente fala, né? Esse trabalho de formiguinha, não é para adoçar, não precisa, a criança come sem nada, mas vem a avó... a mãe até entende, mas vem a avó e dá o açúcar. "Ah, coitadinha dá um "açúquinha" é gostoso, leiteinho com açúcar para dormir".

8 - A última que me chamou a atenção foi com essa criança, mas tem um monte, têm vários assim. Tem um menino de 7 anos com 53 quilos, então para tudo! Ele era para estar pesando uns 30, 30 e poucos e daí a primeira coisa que eu falei, ele já estava passando no CSE, passando com a nutricionista, já tinha passado com a psicóloga, a primeira coisa que eu falei foi "ele come de colher?" A mãe falou: "come". Então assim, as pessoas não tem noção. Um garfo e faca, né? Para cortar, comer devagar, então três vezes leite com Nescau, então são pequenas perguntas que a gente faz que a gente percebe. Eu acho que as mães não tem muita noção, apesar de ter vários filhos, se bem que essa aqui tinha um filho só, mas elas não percebem e acabam educando errado. Marquei retorno comigo para ver se tinha alguma coisa, mas assim, a criança só falta, depois apareceu só esse ano, a gente

marca e daí não vem, agora passou com a nutricionista e a mãe está grávida. Vamos ver se com o próximo bebê, o menino vendo o irmãozinho, se vai melhorar. Eles somem, mas depois eles voltam.

9 - É porque o IMC as mães não entendem muito, mas daí a gente mostra a curva, visualizando facilita.

10 - Porque para criança é diferente do adulto, tem uma tabelinha que a gente segue, pelo IMC mesmo. Mas tem que ver a estrutura da família, daí você fala está no P90, mas só a partir do P97 que a gente tem que se preocupar, vendo a estrutura familiar.

11 - Sim, colesterol, glicemia... Assim, a glicemia é difícil de dar alterado, né? Mas geralmente HMG, urina 1.

12 - Sempre marco compartilhada com a nutricionista, ou marca com a nutricionista ou grupo, mas não está dando muito certo os grupos, em geral a nutricionista tem visto e aí eu já falo com a educadora física, se eu vejo que a criança é muito parada, joga muito videogame, daí eu já e marco alguma coisa com a educadora física também.

13 - Acho que os pais. Os pais também comem errado, os próprios pais não comem o quanto deveriam e querem que a criança coma ou eles acham que não é importante, dão refrigerante... Se eles não mudarem a criança não vai mudar não.

14 - Tem dificuldade. Eu já percebi também que a criança tomava leite com Nescau e depois de alguns atendimentos eu vi que ela não tinha condições de comprar, mas ela também não falou. Então a questão financeira também ajuda, não é assim, final de feira, as pessoas não precisam comprar pêssego, mas um abacate, uma laranja, uma banana, as frutas da estação. Tem coisa que é caro mesmo, mas tem coisas que não são caras, mas as pessoas não se esforçam para experimentar, tipo repolho, 50 centavos sabe..., e o ovo então, eu falo muito do ovo, come ovo então, alguma proteína tem que ter. Mas o que eles reclamam da nutricionista é que ela sempre passa alguma coisa para comprar, mas acho que poderia trabalhar mais essa questão dos alimentos que a gente tem e pode comprar, também isso ajuda bastante. Porque o refrigerante é barato né... E se for comparar também com um saquinho, um pozinho, o k-suco é baratinho.

15 - Nunca precisou. Por que encaminhar obesidade para a UNESP? Nunca precisou. Só assim, se for intolerância ao leite, coisas mais específicas, mas tem casos que já acompanhavam, por ser microssômico, GIG, aí continuou na UNESP e recebeu alta, mas não que eu encaminhei.

16 - Uso a nutricionista e intercalo com a enfermeira, que ela passa as orientações. Isso ajuda também. Dependendo da criança a gente vê com o ACS, dificuldade de comprar alimentos, se a avó não come mesmo, ou o pai não está ajudando.

17 - NASF. Na área de obesidade não, mas precisava. Tem o projeto, tem aquele Piegue, mas acho que é pouco, nada voltado ao bem estar, alimentação, a escola também poderia ajudar, a merenda agora melhorou um pouco, falam que tem salsicha, que é macarrão não sei do que, acho que poderia melhorar a merenda escolar.

18 - Conforme a criança vai crescendo, você pega aí dos 4-5 e vai chegando ali nos 9-10 tem bastante sim, não sei agora em números, mas da criança crescer e começar a experimentar. Experimenta 10x, e tem criança que começou a experimentar, começou a seguir, depois na adolescência são tranquilo assim. Se não tivesse mudado continuaria gordinho, acho que foi da orientação alimentar mesmo.

19 - Não

Médico 10

1 - Bom, ser médico da ESF acho que você tem que tentar criar planos e medidas para você justamente prevenir e se antecipar às doenças para que elas não evoluam ou que pelo menos não causem muitos males que elas poderiam causar se elas não fossem preveníveis, né? Acho que é atuar antes do adoecimento.

2 - Aqui a gente atende todos os dias de segunda a sexta, atende pacientes extras, a gente atende, crianças, adultos, idosos, a gente faz pré-natal também, tenta programar alguns atendimentos, puericultura, pacientes hipertensos, pacientes diabéticos, são os pacientes que a gente tem uma necessidade maior de acompanhamento.

3 - Sim. Sim, todos os trabalhos devem ser feitos em equipe, junto com a enfermeira, junto com as técnicas, o pessoal da nutrição, educador físico, né, as psicólogas, então a gente sempre tenta ver o paciente como um todo, sempre acionando os outros profissionais, as fisioterapeutas, criando vínculo com o paciente.

4 - Sim, faço.

5 - A população da minha área acho que tem bastante problemas relacionados à alimentação, dificuldade na primeira infância, dificuldade de aleitamento, coisas simples que podem ser resolvidas com orientação. E também tem muitas questões de higiene mental em crianças, uso abusivo de chupeta ou mamadeira, problemas relacionados com a birra, comportamentais da criança, acho que tem bastante esses atendimentos.

6 - Atendo.

7 - Geralmente, toda criança que passa em consulta a gente coloca no gráfico, o peso e a estatura e quando a gente nota que o peso está acima do valor do escore, eu geralmente considero o escore 1, e eu percebo que ela está acima do peso eu tento jogar em outras curvas, principalmente a curva de IMC e aí eu faço uma avaliação para ver se realmente aquela criança que tem peso mais elevado na curva, ela se enquadra em um diagnóstico de obesidade ou não, porque às vezes pode ser constitucional, uma criança grande né, sempre variando de caso a caso mas sempre usando as curvas de crescimento.

8 - Eu me recordo de uma criança, na verdade que eu me lembro bem que foi recente, uma criança de 13 anos mas com IMC já bastante elevado, uma criança visivelmente obesa e ela tinha toda uma questão de alimentação inadequada, morava com a avó, ela está investigando uma possível HAS, fizemos controle pressóricos no fim o MAPA foi normal, mas geralmente a gente tenta conciliar com alimentação, orienta os cuidadores, orienta a criança, se é uma criança que já se alimenta sozinha, né? E incentiva a atividade física, a prática de atividade física, e solicita alguns exames de rotina, geralmente o perfil lipídico e a glicemia que são os mais importantes.

9 - Sim, eu utilizo os gráficos da OMS de 2006 que classificam por escore, o escore Z, 0, 1, 2 e 3. Classifico a criança que está acima dos 2 como obesidade.

10 - Sim utilizo esse mesmo gráfico, ali a gente considera o sobrepeso e a obesidade.

11 - Sim, geralmente glicemia de jejum e perfil lipídico, enzimas hepáticas também, pensando em uma esteatose hepática se for uma obesidade mais intensa, são basicamente esses exames.

12 - A primeira questão é tratar a causa, geralmente alimentação inadequada, alimentação da família. Geralmente não é só a criança que é obesa, o pai, a mãe, os irmãos são obesos também. Então assim, é uma doença familiar, né? E a gente orienta, faz o recordatório alimentar, tenta verificar quais são os principais problemas de cada dieta e tenta corrigir mais direcionado. Se é um caso onde eu percebo que a mãe põe muito a responsabilidade em cima da criança eu tento associar uma orientação nutricional, com a nutricionista mesmo, para que a dieta da família mude, né? Porque às vezes a mãe coloca a culpa na criança que está comendo doce, mas na verdade é a mãe que oferece e então eu acho que a dieta é fundamental. Outra coisa é associar atividade física inicialmente mais branda se for uma criança mais obesa para evitar lesões e o mais importante é a frequência da atividade física, para ver se tem disciplina, para ver se tem uma frequência boa, para que seja efetiva. Basicamente é isso, as orientações e a conduta.

13 - Acho que a maior dificuldade é essa da família né, a dieta da família toda tem que mudar, geralmente as crianças que moram com a avó ou que têm muito contato com a avó, e a mãe até tenta melhorar a alimentação da criança mas a vó vai lá oferece coisas que ela não deve ou até mesmo as próprias pessoas dentro de casa, a mãe tenta fazer uma dieta mas o pai vai lá e oferece coisas que a gente está tentando restringir e mesmo a questão de restrição mesmo, são sempre crianças que sempre tem à disposição em casa refrigerante, doce, chocolate, e são sempre atendidas pelos pais quando pedem alimentos hipercalóricos, então acho que a maior dificuldade nem é a atividade física, porque a atividade física a criança ainda pratica, então é mais a questão da dieta. E atualmente também a questão do videogame, dos eletrônicos também né, que tem dificultado a frequência da atividade física, mas eu acho que ainda assim o maior ponto é mesmo a dieta em casa, mudar o hábito alimentar da família.

14 - Acho que é um pouco que já falei, a falha na aceitação, no cumprimento das orientações, às vezes colocam a dificuldade financeira de comprar alimentos mais saudáveis para as crianças, os pais colocam isso, mas acho que isso não, na verdade não é real, porque existem alimentos hipercalóricos caros também, às vezes em quantidade a gente não vê isso na prática. Mas adesão, né, você mudar um hábito de vida na verdade né, não é simples como tomar uma medicação e resolver, tem que mudar, se orientar, precisa de um comprometimento mesmo da criança e, principalmente quem a alimenta, os pais, enxergarem isso como realmente um problema de saúde. Às vezes a mãe fala, mas come tão pouquinho, criança gordinha que é o saudável, então a gente tem que mudar um pouco essa mentalidade dos pais aí.

15 - Geralmente eu encaminho para a nutricionista esses casos que eu vejo que é necessário uma orientação mais a fundo da dieta, encaminho também casos que eu já fiz a orientação, já fiz a primeira avaliação, já fiz alguns acompanhamentos e percebo que não houve melhora, não houve resultado, daí eu encaminho geralmente para a nutricionista, tento ver com o paciente se ele tem possibilidade de participar de algum projeto de atividade física, algum serviço que ofereça atividade física diferente para criança, mas geralmente é mais o encaminhamento de discussão com o NASF, discussão multidisciplinar assim na unidade mesmo, eu não encaminho para setores, serviços terciários não, nunca precisei na verdade. Mas talvez um caso mais grave de obesidade sim, mas nunca tive um caso de obesidade grave aqui.

16 - Sim

17 - A gente tem o apoio principalmente da nutricionista, existem grupos que a gente faz, na verdade conduzidos pela nutricionista, de orientação alimentar, existe também um grupo que a gente faz aqui na nossa unidade que é um grupo de papinha para crianças que estão iniciando a alimentação, mas a gente tem esse suporte sim, né, e a gente tem também o pessoal da fisioterapia, educador físico, que a gente costuma às vezes discutir um caso se tem necessidade, mas geralmente eu oriento procurar esses locais, tipo o SESI, para praticar uma atividade física, se tem uma piscina, futebol, esporte com bola, para a criança começar a praticar.

18 - Então, eu na verdade aqui, tenho pouco tempo né, então não tenho nenhum caso assim que eu tenha como exemplo e antes daqui eu não atendia criança e agora que eu estou construindo aí uma experiência com esses pacientes.

19 - Ah, acho que eu percebo que tem crescido os casos de obesidade, a gente nota muito, por conta da facilidade que se tem hoje de se conseguir esses alimentos, esses alimentos estão muito a disposição, a própria melhora na condição dos pacientes em conseguir esses alimentos, então é um problema que tem crescido cada vez mais pacientes e é um problema difícil de tratar, a gente depende muito da colaboração dos pacientes e dos familiares precisarem estar muito dispostos a querer enfrentar isso né? Então acho que é um problema crescente e é um tema que tem se tornado um problema de saúde pública mesmo né, eu acho que é isso.

Médico 11

1 - É a porta de entrada, o médico que recebe o paciente que tem maior possibilidade com o paciente a fim de resolver os problemas iniciais e se necessário, encaminhar para serviços mais complexos.

2- Logo no período da manhã a gente tem atendimento dos pacientes extras, que são os pacientes que vem com queixas mais urgentes teoricamente e depois que finalizo o atendimento desses pacientes extras que a gente entra nos pacientes agendados e aí cada dia tenho uma agenda, hiperdia, pré-natal, puericultura e quando sobra algum tempo tem que fazer laudo médico, receita, ver resultado de exame, fazer encaminhamento.

3 - Sim, tem atendimento em grupo, acho que é principal que reúne a equipe, e tem a discussão de caso também.

4 - Sim

5 - Criança com sobrepeso e obesidade infantil, baixo peso, déficit do desenvolvimento neurológico, com atraso no desenvolvimento, acho que são os principais.

7 - Eu vejo peso, altura, calculo o IMC, avalio a dieta, tem que orientar a mãe ou o acompanhante em relação à dieta e encaminhamento para o NASF de nutrição e se necessário o encaminhamento para endócrino.

8 - Teve uma paciente nossa que tem 4 anos e ela está bem acima do peso, então ela passou, eu conversei com a mãe, a gente orientou, encaminhou para nutricionista, a nutricionista fez o acompanhamento durante um bom tempo aqui e mesmo assim não estava conseguindo melhorar esse peso da criança, ela continuou ganhando muito peso e a mãe relata dificuldades em conseguir fazer a criança seguir a dieta e agora recentemente a gente fez o encaminhamento para endocrinologia para estar tendo um atendimento mais especializado.

10 - Gráfico fornecido pelo Ministério da Saúde, que é o percentil, do p3 ao p90. Crianças acima do P90 e pelo IMC.

11 - Sempre pede hemograma, colesterol, triglicérides e função da tireoide são os principais.

12 - Estimulo a atividade física, uma alimentação mais saudável, diminuir as guloseimas, tendo uma alimentação mais saudável.

13 - Adesão ao tratamento. É difícil fazer os familiares entenderem e conseguirem seguir essas orientações.

14 - Para a criança principalmente ela não entende o que está acontecendo e acho que o principal teria que ser a família ter a consciência disso e muitas vezes acha bonitinha a criança gordinha e não segue as orientações.

15 - A gente encaminha os casos em que houve falha no tratamento aqui na unidade e a gente encaminha para a endocrinologia aqui da UNESP.

16 - Sim, sempre tem a avaliação do médico, enfermeira, apoio do NASF e por último se necessário o encaminhamento.

17 - Além do NASF acho que não, temos o educador físico e nutricionista que ajuda nesses casos e acho que só, se tem outro serviço eu desconheço.

18 - Não acho que não teve nenhum caso de sucesso assim que a gente conseguiu mudar, algumas crianças conseguiram seguir um pouco, mas que realmente saiu do quadro de obesidade para o peso normal não tivemos.

19 - Não

Médico 12

1 a 3 - A gente atende paciente de forma mais longitudinal. Conhecemos pais, filhos, avós, entendendo o meio familiar, a casa, o contexto, relação com a sociedade, escola, conseguimos fazer atuação não só na cura, mas também na prevenção, as doenças podem não ser só orgânicas, mas relacionadas com o contexto onde eles se encontram.

4 e 5 - Atendo crianças. Acredito que temos doenças de pele pediculose escabiose, atendemos também crianças com problemas na escola de comportamento baixo peso e algumas crianças com obesidade.

7 - Abordo de forma multidisciplinar sempre, também a equipe do NASF com nutricionista, educadora física, tentando fazer com que o paciente perca peso ou mantenha peso no primeiro momento, observando o paciente como um todo: “Será que está com problema em casa? Isso está deixando o paciente ansioso?”. Não ver só a obesidade em si.

8 - Atendi um paciente agendado adolescente de 15 anos com mais ou menos 1,60 metros e de 150 Kg, foi bem difícil, até pedir para vir em extra dali 15 dias, pois, na consulta, estava com a pressão aumentada e, entendendo um pouco mais, era um adolescente bem ansioso e sofria muito em ser obeso. Na escola não sofria *bullying* em si, mas era caçoado na escola e dizia que não conseguia arranjar namorada por causa disso. Aí eu discuti com o NASF, nutricionista, agendamos consulta, tentei ver como era alimentação dele e estou acompanhando ele.

9 e 10 - Utilizo o gráfico da OMS. Só uso o gráfico mesmo, uso também o IMC para mais adolescentes e o gráfico da OMS.

11 – Sim, pedimos perfil lipídico e glicêmico, TSH, hemograma e exames para cada paciente específico.

12 - A abordagem que utilizo é de orientação e apoio da equipe NASF (nutricionista e educadora física). Eu mesmo nunca passei medicação para criança com essa função.

13 - Dificuldade que eu vejo é em relação ao excesso de paciente que a gente atende aqui na unidade impede que a gente tenha mais tempo para sentar e conversar com essa criança, mostrar para mãe como preparar a comida, como atuar

na criança, só que se houvesse mais tempo, acredito que nossas medidas seriam mais eficazes.

14 - Falta de dinheiro para comer mais verdura e frutas. Em uma consulta após orientações uma avó falou: "doutora, mas estamos com problema em casa que ninguém está recebendo salário, não temos dinheiro para comprar, às vezes a gente passa o mês com uma cesta básica que a gente ganha do CRAS".

15 a 17- Encaminhamento para pediatria da UNESP, tem ambulatório lá especializado em obesidade infantil. Nunca encaminhei para lá, mas sei como funciona, pois fiz o internato lá. O critério que utilizaria seria uma obesidade muito importante que não conseguisse ter sucesso aqui na unidade. Aquele mesmo paciente de 15 anos, se não tiver sucesso, teria critérios para ir.

18 - Aqui na unidade estou há um ano e não me lembro de algum caso só, esse adolescente mesmo, criança não me lembro.

19 - Gostaria que tivesse mais tempo para fazer uma abordagem melhor e mais eficaz. Só!

Médico 13

1 - Para mim, ser médica da Estratégia da Saúde da Família é focar em prevenção e diagnóstico precoce basicamente, é algo que a população brasileira não sabe ainda como usar, mas é o foco do SUS quando faz a atenção básica. Então cuidar das queixas eventuais do dia, mas realmente rastrear as doenças mais prevalentes, acolher a população quando eles precisam e fazer acompanhamento das doenças crônicas que não precisam de especialista.

2 - Eu costumo ter, dependendo do período, 4 agendados em cada período, dependendo do dia são gestantes, crianças ou adultos e atendemos também as consultas extras que são queixas eventuais do dia a dia. Durante essa rotina a gente pede exames, acolhe os pacientes, conversa com eles e examina. Eu também faço renovação de receitas e cuidado de burocracias tipo encaminhamentos e protocolos.

3 - Sim, de vez em quando a gente tem reuniões de equipe para a gente conversar sobre as coisas que estão acontecendo, os médicos e enfermeiros sempre estão discutindo sobre determinados pacientes e determinadas estratégias que a gente

tem e a gente também tem discussão com o NASF que a gente faz em grupo para ter uma troca de idéias sobre o que fazer com cada paciente.

4 - Sim, acho que 2 vezes por semana tenho atendimento de puericultura e também nas consultas extras a gente atende, sem problemas.

5 e 6 - Obesidade, falta de imposição de limites por parte dos pais, dificuldade de aprendizado na escola e doenças exantemáticas.

7 - Reforço para o responsável que vem sobre a importância da imposição de limites que faz parte da alimentação, sobre a importância de não ter os alimentos que não são saudáveis dentro de casa. O pessoal é muito difícil aqui, pois os pais acreditam às vezes: "ah, a criança está doente e quer só comer doce", mas eles não entendem que se não tiver doce em casa a criança não vai comer. Então a gente tenta explicar isso para os responsáveis da criança, a gente acompanha um pouquinho mais de perto o crescimento da criança para ver se tem uma diminuição mesmo, a gente estimula as atividades físicas né e eventualmente a gente pede exames para ver se tem algum distúrbio metabólico ou se já não tem um risco de sobrepeso que esteja causando um tipo de pré-diabetes ou algo assim que hoje em dia, infelizmente, acaba sendo comum nas crianças.

8 - Teve uma criança hoje, que passou em consulta extra, mas que eu tinha atendido há alguns meses atrás, que estava com risco de sobrepeso e eu já passei para as mães todas as orientações, eu pedi exames para ela, veio tudo normal, mas a hemoglobina glicada está 5,3, não indica nada, mas eu nunca vi uma criança com uma hemoglobina glicada alta assim, então dá um pouco de medo. E reforcei para a mãe a questão da alimentação e atividade física, apesar dos exames normais, o que indica realmente que é mais uma questão de alimentação dentro de casa.

9 e 10 - Sim, então eu coloco na curva do gráfico que a gente tem impresso e coloco no aplicativo Ped(z) para ver exatamente quanto que é o percentil e o escore Z da criança, do IMC, do peso e da altura e aí eu checo pela idade se está em risco de sobrepeso ou obesidade

11 - Eu peço uma hemoglobina glicada e uma glicemia de jejum, peço TSH e T4livre para ver se há algum distúrbio da tireóide e peço um hemograma só para ver se está tudo certo em relação à anemia ou algo assim. Porque quando a pessoa come a

ponto de engordar dessa forma muito provavelmente ela não coma direito. É capaz que ela esteja gordinha, bonitinha, porém com alguma deficiência de vitamina, né?

12 - Para as crianças é basicamente as orientações dos pais em relação à alimentação. A maioria das crianças nessa idade a atividade física é basicamente na escola. Muitas vezes os nossos pacientes não têm condições de pagar uma escolinha de futebol, essas coisas. Mas eu já cheguei a pegar uma criança realmente obesa, uma criança de 10 anos, com 60kg, que aí eu cheguei a separar para a nutricionista fazer um grupo de pais, para orientação. A maioria, ou melhor, metade/metade, tem umas 2 crianças que estavam com baixo peso e outras 2 com obesidade. A gente conversou com a nutrição, e como são crianças pequenas, que não têm muita responsabilidade sobre a sua alimentação, no máximo 10 anos, a gente fez um grupo para a nutricionista falar com os pais sobre isso, para ter um reforço, né? Nessa idade seria basicamente isso. Eu já não gosto de considerar remédio para adulto, para criança então, nem penso nisso!

13 e 14 - Nessa população em especial, muita dificuldade dos pais aceitarem uma alimentação correta. Muito difícil deles entenderem a importância disso, a importância da família inteira comer bem, que não é só para a criança comer bem, a importância assim, a pessoa não faz a conta: “ah, um pacotinho de salgadinho custa 20 centavos e o filé mignon custa muito caro”. Mas se você comprar o filé mignon inteiro e cortar e congelar e tal sai muito barato a porção, mas ninguém sabe fazer esse tipo de conta e também não levam muito em consideração a saúde, eles pensam mais em botar comida na mesa e uma dificuldade muito grande em colocar limites na criança, então é uma coisa que eu percebo muito aqui, que eu acho muito complicado a mãe não conseguir falar não para a criança, conseguir não dar o doce que a criança quer, conseguir fazer a alimentação na hora certa e a gente fica tentando instituir isso nos pais mas é muito difícil, é uma população carente e que os pais dão o que quer. A gente vê que os pais também eram assim.

15 - Não cheguei a pegar nenhum caso assim ainda. Já cheguei a pegar caso de déficit de crescimento que eu já encaminhei 2 ou 3, mas obesidade ainda nem 1. Aquela que eu encaminhei para o grupo da nutricionista estava aí para considerar se não tivesse uma melhora, mas por enquanto não tive que chegar a isso. Eu encaminharia para a endócrino-pediatria. Na verdade eu nunca cheguei a pesquisar

se é para lá que seria, mas eu pensaria no melhor ou na pediatria geral para eles realocarem lá dentro.

16 - Sim.

17 - Não conheço nada, mas como eu disse, como eu ainda não precisei ir além disso, eu também não fui atrás. Então eu não sei se existe alguma coisa que eu não conheça, mas eu pesquisaria sim. Frequentemente quando eu não acho essas redes de apoio, eu entro em contato com pessoas que eu conheço da área para pedir opiniões e tal, mas se não tive realmente nenhuma rede de apoio eu acabaria encaminhando para o serviço de pediatria da UNESP. Eu sei que o serviço de obesidade lá tem serviço de nutrição, fisioterapia, próprio deles que a gente não tem acesso. Mas eu realmente não conheço nenhum outro serviço de apoio.

18 - Para criança eu ainda não tive esse retorno, né? Então estou esperando voltar essas 2 crianças do grupo da Mônica, mas ainda não tive nenhum. Diferente de adulto que já deu para ver uma diferença. Como a criança também está em fase de crescimento, nem sempre é fácil de avaliar isso, mas ainda não consegui reavaliar essas 2 crianças em particular que eu tive para saber se elas tiveram sucesso ou não.

19 - Eu fico triste com a questão da obesidade infantil e com a “quase negligência” dos pais em relação ao assunto, em relação à falta de limites, que é uma coisa que perturba muito sabe? A pessoa chegar e falar que a criança só come doce e achar um absurdo quando eu falo para não ter mais doce em casa. É algo que me deixa muito triste assim, pela criança sabe? É um assunto bem difícil de lidar. Eu acho que hoje em dia com essas propagandas muito intensas, é muito difícil para a mãe, né? Com as crianças que ficam pedindo e tal, mas é uma dificuldade de simplesmente falar NÃO, o que falta bastante aqui na população.

Médico 14

1 - Para mim, ser médico da Estratégia da Saúde da Família é o médico que vai cuidar do paciente como um todo, não só pensar na parte de saúde, mas ver a parte psicológica, ver a parte social e a família como um todo, não só o paciente, muitas vezes o contexto social influencia demais. Para mim é isso ser médico da família.

2 - A rotina muitas vezes acaba sendo um pouco diferente do que a gente gostaria que fosse. Normalmente a gente começa atendendo os eventuais, depois tem atendimento dos agendados, depois tem visita domiciliar, mas muitas vezes a gente acaba atendendo mais eventuais do que qualquer outra coisa.

3 - Grupo de caminhada conta? Eu não sei dizer com certeza, faz pouco tempo que eu estou aqui.

4 - Sim

5 - O mais comum, as doenças mais comuns da infância, tipo um resfriado, parasitose, pediculose, vários problemas de higiene mental inadequada, várias de alimentação inadequada.

6 - Sim

7 e 8 - Normalmente eu tento identificar primeiro o que está causando, se o problema está sendo alimentação inadequada. Se o problema for esse eu vou fazer a parte de orientação alimentar, vou orientar atividade física, orientar diminuir guloseimas, diminuir besteira, mas normalmente eu não falo que a criança precisa perder peso, porque dependendo da idade da criança, conforme a criança vai crescendo, vai compensando. Então a criança não precisa fazer regime, criança tem que aprender a comer certo. Então realmente é desse jeito que eu faço, orientar alimentação, orientar atividade física. Normalmente eu deixo o retorno um pouquinho mais perto para eu ver como está indo e aí se eu vejo que não está melhorando ou que está tendo alguma alteração eu vejo para encaminhar para o especialista.

9 – Uso aquele gráfico que a gente tem no posto, aquela folhinha de peso e altura, acho que é da OMS. Eu uso aquela.

10 – Normalmente sobrepeso é entre P90 e P100 e acima disso é obesidade, pelo menos foi assim que eu aprendi fazer.

11 – Depende. Se a criança está muito acima do peso que a gente esperaria para a idade, normalmente eu vou pedir perfil lipídico e às vezes eu até peço TSH e uma glicemia de jejum, mas geralmente eu peço mais o perfil lipídico e HMG. O que eu já peguei criança obesa com anemia não está escrito!

12 – Orientação alimentar, atividade física, orientar a família como um todo para também “entrar na dança”, né? Não adianta fazer só para a criança.

13 – Resistência da família, eu acho que é a pior parte, é o mais difícil mesmo. Por que você faz a orientação, você explica tudo o que precisa, mas a família faz todas as vontades da criança e não faz o que tem que fazer.

14 – Acho que é muito uma questão de hábito que eles têm. Mudar hábito é difícil, não é todo mundo que consegue mudar hábito, né? E muitas vezes, pelo menos para algumas famílias, a questão financeira pode influenciar bastante. Às vezes é mais barato eles comprarem um pacote de bolacha do que comprar fruta.

15 – Normalmente caso que já estou acompanhando já há algum tempo e não teve melhora com a parte de orientação alimentar e atividade física e que está com exame alterado muitas vezes eu encaminho para a nutricionista e se tiver uma dislipidemia muito importante eu já encaminho para a endócrino-pediatria.

16 – Eu tento. Tentar a gente tenta, nem sempre a gente consegue.

17 – Eu tenho o NASF que eu acho que ajuda bastante e a retaguarda a UNESP.

18 – Sim. Eu tinha uma criança, isso lá em São Manuel, 6 anos, pesava 37 kg, e mãe levou porque estava preocupada com esse excesso de peso e eu fiz toda a parte de orientação de alimentação, orientação de atividade física, eles aderiram bonitinho, a família toda “entrou na dança” diga-se de passagem. Eu falei para a mãe que a criança não precisa perder peso, mas que não ganhe mais e a criança foi voltando nos retornos perdendo peso e a mãe falando que a família toda perdeu peso junto, que foi uma coisa super legal. Foi o mais bem sucedido que eu já tive. É muito difícil. Você fazer mudança de estilo de vida para criança é muito difícil, se para adulto já é difícil, imagine para criança. Mas esse caso eu achei que foi bem legal, foi que deu para ver bem o acompanhamento. Em 1 ano acho que a criança foi para 22 kg, perdeu muito. E aí foi engraçado porque a mãe também perdeu peso, o pai perdeu peso, os irmãos perderam peso. Todo mundo era acima do peso, mas não era tanto que nem ele e todo mundo acabou perdendo peso junto, então isso foi uma coisa que eu achei bem legal.

19 – Não.