



Ministério da Educação – Brasil
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM
Minas Gerais – Brasil
Revista Vozes dos Vales: Publicações Acadêmicas
ISSN: 2238-6424
QUALIS/CAPES – LATINDEX
Nº. 26 – Ano XII – 10/2024
<http://www.ufvjm.edu.br/vozes>

Estratégias dos serviços de atenção básica em saúde para a assistência da criança obesa: a perspectiva dos enfermeiros

Ana Paula de Oliveira Souza
Enfermeira pela Fundação Educacional de Divinópolis (FUNEDI)/Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG)
E-mail: anapaulaos5@yahoo.com.br

Vívian de Fátima Alvarenga
Enfermeira pela Fundação Educacional de Divinópolis (FUNEDI)/Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG).
E-mail: vivianenfermofest@yahoo.com.br

Prof. Dr. Alisson Araújo
Mestre e Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)
Pós-Doutor em Infectologia e Medicina Tropical (UFMG)
Pós-Doutor em Enfermagem Universidade Federal da Bahia (UFBA)
Docente da Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ)
<http://lattes.cnpq.br/7116545718554968>
E-mail: alissonaraujo@ufsj.edu.br

Resumo: Este estudo teve como objetivo conhecer sob a perspectiva do enfermeiro, as estratégias dos serviços de atenção básica em saúde no acompanhamento da criança obesa, identificando as ações de saúde desenvolvidas por ele assim como

os pontos facilitadores e dificultadores na execução destas ações. Trata-se de um estudo qualitativo, desenvolvido no âmbito da Estratégia de Saúde da Família do município de Nova Serrana, Minas Gerais. Para o levantamento dos dados foram realizadas entrevistas com seis enfermeiros. Os dados foram analisados pelo conteúdo, na modalidade temática. Os resultados demonstraram a necessidade de um trabalho educativo junto às pais/babás/responsáveis da criança obesa no sentido de se comprometerem afetiva e efetivamente no cuidado infantil. Evidenciou-se também a importância da organização da atenção da criança obesa através da instituição de protocolos e de fluxos/contra-fluxos destes pacientes no sistema de saúde municipal.

Palavras-chave: Obesidade Infantil; Atenção Básica em Saúde; Enfermagem.

Introdução

A unidade de saúde deve ser a porta de entrada da criança para o Sistema Único de Saúde (SUS). Em relação ao cuidado infantil, é o ponto de atenção estratégica e tem como atributos: garantir a acessibilidade, responsabilizando-se pelos problemas de saúde das crianças do seu território e pelo monitoramento do mesmo. As ações da equipe devem atingir a totalidade da sua área de abrangência, procurando conhecer toda a sua população infantil, com todas as suas necessidades e identificando os problemas e fatores de riscos mais frequentes naquela área. O eixo estruturante de atenção à criança nos serviços de atenção básica em saúde é o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, também designado puericultura. (VIANA et al, 2003).

O crescimento é considerado um dos melhores indicadores de saúde, em razão de sua estreita dependência das condições de vida intra-uterina, de fatores ambientais, tais como alimentação, cuidados gerais e de higiene, condições de moradia e saneamento básico, da ocorrência de doenças e do acesso aos serviços de saúde. Traduz assim as condições de vida da criança, no passado e no presente. (ALVES et al, 2003).

Já o desenvolvimento é o aumento da capacidade do indivíduo de realizar funções cada vez mais complexas. Consiste na aquisição de maior capacidade funcional, através da maturação, diferenciação e integração de funções. (ALVES et al, 2003).

O crescimento e o desenvolvimento fazem parte do mesmo processo; são interdependentes, mas não são sinônimos. Exigem, portanto, abordagens diferentes

e específicas. Ambos são processos dinâmicos e contínuos que ocorrem em um indivíduo a partir de sua concepção. (ALVES et al, 2003).

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças é realizado através das consultas de puericultura, onde são medidas e avaliadas as condições de nascimento, intercorrências no período neonatal, resultado da triagem neonatal, evolução do desenvolvimento neuropsicomotor, evolução ponderal, evolução da estatura, evolução do perímetro cefálico, intercorrências clínicas importantes e imunizações. (VIANA et al, 2003).

Segundo autores acima citados, essas são medidas, avaliadas e anotadas no caderneta da criança. Alguns valores de medidas como a estatura, o peso e o perímetro cefálico, são registrados nos gráficos, contidos na caderneta da criança, de acordo com a idade da mesma. Caso alguns destes valores não estejam adequados, ou seja, não estejam dentro da faixa do percentil esperado em relação à idade da criança, o profissional de saúde deve orientar a mãe no que for passível de mudanças, ou se necessário encaminhar a criança para um profissional que atenda a necessidade específica da criança.

Sendo assim, o acompanhamento contínuo do crescimento e desenvolvimento da criança, põe em evidência precocemente, os transtornos que afetam a sua saúde, fundamentalmente sua nutrição, sua capacidade mental e social, representando a ação central e organizadora de toda a atenção à saúde da criança. (ALVES et al, 2003).

No cotidiano deste acompanhamento, uma situação tem chamado atenção nos serviços de saúde: o aumento de casos de obesidade infantil.

Segundo Leão et al (1998), a obesidade infantil conceitua-se como o acúmulo de tecido gorduroso, regionalizado ou em todo o corpo, ficando claro que a mesma é o excesso de massa adiposa em relação ao peso corporal total, que resulta em fatores deletérios para a saúde. Vários são os fatores que podem estar interligados a obesidade infantil.

Em se tratando de obesidade infantil podemos caracterizá-la em obesidade exógena que atinge cerca de 95% da população infantil e obesidade endógena na qual atinge cerca de 5% da população infantil. A obesidade exógena, esta de etiologia multicausal, decorrente do balanço positivo de energia entre ingestão e gasto calórico, pode estar interligada a diversos fatores como: alterações nutricionais

(má alimentação), sedentarismo, ansiedade, fatores emocionais e / ou psicológicos, carência afetiva, entre outros. Já a obesidade endógena está diretamente interligada aos fatores genéticos e as doenças endocrinometabólicas, em decorrência de problemas hormonais e síndromes metabólicas.

Em Nova Serrana/MG, os enfermeiros da rede pública municipal de saúde vêm participando de forma sistemática do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil no âmbito das unidades básicas de saúde da família.

Esses profissionais, ao assistirem rotineiramente crianças obesas, possuem uma experiência que merece ser clarificada: as estratégias utilizadas para o cuidado da criança obesa. Portanto, para que possamos conhecer os avanços, limites e dificuldades do cuidado à criança obesa, precisamos valorizar a percepção dos principais responsáveis de sua execução: os enfermeiros.

A importância da prevenção da obesidade infantil deve começar no útero da mãe que deve ter uma alimentação saudável e balanceada contendo todos os nutrientes essenciais para ela e o feto. Esta alimentação deve permanecer após o nascimento tendo continuidade na infância, na adolescência e na vida adulta. Na infância, a criança passa pelo estirão do crescimento onde há maior ganho de peso e suas necessidades nutricionais tornam-se maiores. Já nesta fase a alimentação da criança deve seguir o padrão alimentar da família, que deverá conter todos os nutrientes essenciais para suprir as necessidades energéticas e o bom funcionamento do organismo. Os pais devem ter consciência quanto à importância de um alimento saudável, tanto para a criança quanto para todos os membros da família. Segundo algumas pesquisas já revelaram, se um dos pais for obeso, a criança tem 50% de chance de se tornar "obesa", e se os dois forem considerados obesos, a chance aumenta para 100% (CÁSSIA, 2008).

Na adolescência, fase de crescimento rápido, são adquiridos cerca de 50% do peso final do adulto e 25% da altura, as necessidades em quantidades absolutas de alimentos são maiores nessa fase. E na fase adultícia os riscos de obesidade estão relacionados com o grau da obesidade e a idade. Estudos mostram que cerca de 66% dos obesos graves e 32% dos obesos moderados mantiveram o quadro quando adultos. Portanto, de acordo com as fases citadas, a importância de se prevenir a obesidade está diretamente interligada as complicações nas quais os indivíduos possam vir a adquirir (LEÃO et al, 1998).

A prevenção de tais complicações levaria o indivíduo a uma maior estimativa de vida e a uma perspectiva de vida mais saudável e com mais saúde, ou seja, diminuiria o surgimento de doenças crônicas e a porcentagem da morbi-mortalidade na população como um todo. Entre as complicações mais comuns está o diabetes mellitus, a hipertensão arterial, as dislipidemias, as alterações osteo-musculares, o aumento do colesterol, do triglicérides, das cardiopatias, o incremento da incidência de alguns tipos de carcinoma e dos índices de morbidade. (LEÃO. et al, 1998).

Desta forma, o presente estudo tem como objetivo conhecer, sob a perspectiva profissional enfermeiro, as estratégias dos serviços de atenção básica em saúde no acompanhamento da criança obesa. O artigo busca também identificar as ações de saúde desenvolvidas pelos profissionais enfermeiros no acompanhamento da criança obesa; e ainda investigar os pontos facilitadores e dificultadores dessas ações na assistência à criança obesa.

Metodologia

Com o intuito de clarificar a situação de acompanhamento da criança obesa na atenção básica em saúde, optamos pela pesquisa qualitativa por esta levar em consideração o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes (MINAYO, 2000).

A pesquisa foi realizada no âmbito das unidades básicas de saúde da família do município de Nova Serrana/MG, tendo sido autorizado a realização da pesquisa pela Secretaria Municipal de Saúde – Coordenação de Saúde da Família e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Educacional de Divinópolis/Universidade do Estado de Minas Gerais- FUNEDI/UEMG recebendo parecer de aprovação de número 33/2008.

A escolha de Nova Serrana para realização da pesquisa se deu pelo fato de uma das autoras ter cumprido estágio curricular neste município e também pela importante obtenção de novos olhares, conhecimentos e visões dos profissionais que estão inseridos nas unidades básicas de saúde.

Os participantes do estudo foram os enfermeiros das equipes de saúde da família e foram elegíveis aqueles que aceitaram participar da pesquisa. A seleção dos entrevistados respeitou a ordem em que se conseguiu contactá-los.

Nova Serrana é um município brasileiro do estado de Minas Gerais e está localizada na região Centro-Oeste do Estado de Minas Gerais, às margens da BR – 262, a 112 km de Belo Horizonte e a 42 km de Divinópolis, cidade mais importante e que dá nome à microrregião que contém o município de Nova Serrana. Segundo o IBGE (Censo 2007) o número de habitantes correspondem a 65.176 habitantes, época do estudo. Nova Serrana é o município que mais cresce em Minas Gerais. As atividades da indústria de calçados locais se ramificam por vários municípios vizinhos, que não só participam do processo de fabricação de calçados, como também fornecem mão-de-obra para a indústria de Nova Serrana. As etapas terceirizadas do processo de produção são distribuídas por municípios num entorno de 30 a 40 quilômetros, incluindo Divinópolis, São Gonçalo do Pará, Itaúna e Perdigoão, na microrregião de Divinópolis, além de outros de microrregiões circunvizinhas, incluindo os municípios de Oliveira, Bom Despacho, Pitangui e Pará de Minas. Segundo informações de empresários locais, mais de cem ônibus partem diariamente desses e de outros municípios levando trabalhadores para a indústria de Nova Serrana.

Os dados foram coletados pelas acadêmicas envolvidas na pesquisa, por meio de uma entrevista aberta. As entrevistas foram realizadas com os enfermeiros em horários agendados de acordo com a disponibilidade do entrevistado. O local de entrevista foi nas respectivas unidades básicas de saúde da família, tendo os entrevistados assinado previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Assim, os aspectos éticos da confiabilidade e privacidade nessa pesquisa foram assegurados de acordo com a Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos, no período da coleta de dados.

O critério para término da coleta de dados foi quando os discursos se tornaram repetitivos, o que ocorreu com a realização de seis entrevistas. Portanto, foram entrevistados seis enfermeiros. Ressalta-se assim que este estudo se limita ao município de Nova Serrana – Minas Gerais. Para se obter o conhecimento de estratégias dos serviços de atenção básica em saúde no acompanhamento da criança obesa em outros municípios são necessários outros estudos.

Após concordância dos entrevistados, as entrevistas foram gravadas e depois transcritas. O material obtido foi submetido à Análise Temática, que “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou

frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado” (MINAYO, 2000).

Resultados

Procurando assegurar o anonimato dos entrevistados os enfermeiros serão identificados da seguinte forma: Enfermeira 1, Enfermeira 2, Enfermeira 3, Enfermeira 4, Enfermeira 5 e Enfermeira 6.

Em relação à primeira pergunta: Na unidade de saúde qual você trabalha, quais as ações de acompanhamento da criança obesa são realizadas por você? Obtivemos as seguintes respostas:

Enf. 1 “...realizo a puericultura e quando a criança é obesa, é encaminhada para a nutricionista que a acompanha através do NASF (Núcleo de Atenção à Saúde da Família), ... é um programa contendo uma equipe multidisciplinar onde a nutricionista esta inserida”.

Enf. 2 “...é realizado um grupo individual e coletivo para crianças obesas e também é realizado a puericultura com todas as crianças em geral de 0 à 2 anos... A criança obesa é acompanhada até a diminuição do peso, quando a enfermeira percebe que mesmo com as orientações e acompanhamento o quadro se mantém, ela encaminha para o pediatra e nutricionista”.

Enf. 3 “...controle mensal do peso, orientações quanto à dieta, apoio da nutricionista....quando necessária temos um endocrinologista que também nos auxilia”.

Enf. 4 “...trabalho com o SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional), além da puericultura que é realizada todo mês para ver se a criança perdeu ou passou do peso ideal, e se necessário encaminho para a nutricionista para que acompanhe a criança e forneça maiores informações a mãe”.

Enf. 5 “...acompanho e oriento quanto à amamentação e a alimentação, porque às vezes a mãe dá muita massa, danoninho, então oriento na retirada... Mas se vejo que a criança após dois ou três meses continua ganhando ou não perdendo peso, encaminho para a nutricionista”.

Enf. 6 “..realizo a puericultura e oriento se a criança está dentro do gráfico segundo o Ministério da Saúde de sobrepeso ou de obesidade. Se a criança estiver encaminho ao serviço de nutricionista que faz parte do NASF. Se a nutricionista

achar que este descontrole no peso não está relacionado à alimentação, então ela volta a criança para a enfermeira e esta encaminha para o clínico geral ou para o pediatra”.

Na segunda pergunta da entrevista: Quais os pontos facilitadores no acompanhamento da criança obesa em sua unidade de saúde? Obtivemos as seguintes respostas:

Enf. 1 “...a presença da nutricionista que atende uma vez por semana e até mesmo do pediatra onde, não existe dificuldade em estar marcando a consulta. O meu trabalho em parceria com a nutricionista.”

Enf. 2 “...o apoio da nutricionista e do médico são os dois principais pontos facilitadores, onde eu não trabalho sozinha e os dois participam do acompanhamento da criança. Existe também o acompanhamento da psicóloga se necessário”.

Enf. 3 “... são os profissionais multidisciplinares, médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, auxiliar de enfermagem, agente de saúde. Pediatra e endocrinologista”.

Enf. 4 “...é o de estar diretamente com a comunidade, onde o agente comunitário de saúde vai até as casas, verifica se foi realizado a puericultura do mês e se não foi, ele me comunica e eu realizo a visita domiciliar. Portanto, um ponto facilitador é este vínculo existente entre profissionais, unidade e comunidade”.

Enf. 5 “...as mães seguem bem minhas orientações. A mãe quando preocupada com a criança, considera a enfermeira um ponto facilitador para solução do problema”.

Enf. 6 “...o primeiro ponto facilitador é a nutricionista e o segundo é a adesão da mãe à puericultura. A nutricionista vem na unidade toda semana para fazer o acompanhamento”.

E, em relação a terceira e última pergunta: Quais os pontos dificultadores no acompanhamento da criança obesa em sua unidade de saúde? As respostas foram as seguintes:

Enf. 1 “...a dificuldade do diálogo, porque a maioria dos acompanhamentos e orientações são realizados para as babás e não para as mães, tem babá que não sabe o nome da criança, dados em geral e nem se a mesma utiliza algum medicamento. Ausência das mães (a maioria trabalha fora, muitas voltam a trabalhar

um mês após o parto). O pediatra não entra em parceria, e a falta da contra-referência que não são enviadas pelo pediatra são os pontos mais dificultadores”.

Enf. 2 “...o difícil é o trato com a mãe, é o ponto mais difícil, pois a criança não mente, e quando ela mente o profissional sabe, agora quando a mãe mente aí é complicado. Outro ponto dificultador é que normalmente são as babás que trazem as crianças a puericultura, esse bairro é um bairro pobre, a faixa socioeconômica é muita baixa, todo mundo trabalha e a rotatividade é muito grande sendo outro ponto dificultador. Quando se nota uma melhora na criança ela vai embora, não sendo possível haver uma linha de seguimento”.

Enf. 3 “...é uma cidade industrial todos trabalham muito, deixando as crianças com cuidadores, não conseguimos atingir a família como um todo”.

Enf. 4 “...é uma cidade com uma população muito grande, eles mudam muito de casa e então às vezes procuro a família e fico sabendo que ela não reside mais naquele endereço. As babás, você dá uma orientação à babá e a mãe não acata, então você acaba tendo que marcar uma outra consulta com a mãe para você orientar melhor e às vezes até com o pai. Ausência do médico na unidade, e quando tem é emprestado por uma outra unidade, portanto acaba não tendo aquele compromisso”.

Enf. 5 “...é a relação à alimentação, às vezes a criança gosta e está acostumada com aquele tipo de alimentação, por mais que você oriente a substituição de alguns alimentos, sempre existe uma certa resistência”.

Enf. 6 “...não tem um serviço na rede municipal que acompanha obesos. A falta de compromisso das mães em relação ao acompanhamento e orientações, sobre os maus hábitos alimentares, culturalmente falando, acabam dificultando o acompanhamento. Quando existe uma criança obesa, a família toda tem que entrar em uma dieta é questão de hábito, e geralmente é este hábito cultural errado que prejudica toda a família, hábito que já vem nesta família a muito tempo e que estragou a mãe e vai estragar os filhos”.

Discussão

Segundo Leão et al (1998), a obesidade infantil conceitua-se como o acúmulo de tecido gorduroso, regionalizado ou em todo o corpo. Ficando claro que a mesma é o excesso de massa adiposa em relação ao peso corporal total, que resulta em fatores deletérios para a saúde. Vários são os fatores que podem estar interligados a obesidade infantil.

A organização de sistemas integrados dos serviços de saúde a partir de uma rede regionalizada e hierarquizada possibilita atenção de melhor qualidade e mais direcionada a responder às necessidades de saúde da população. Porém, a constituição de um sistema integrado, que facilite o acesso e permita continuidade do cuidado, melhorando a comunicação entre profissionais da atenção básica com especialistas e com os serviços de emergência, assim como melhor articulação entre as ações com enfoque coletivo e as atividades clínicas individuais, garantindo atenção integral, ainda é um desafio (GIOVANELLA, 2003).

Através das respostas obtidas na pesquisa, um dos principais enfrentamentos para prevenir e/ou tratar a criança obesa está no desafio de ajudar as pessoas a buscarem uma adequação entre os cuidados à saúde e o seu ritmo de vida, em especial aos pais e responsáveis. A transposição deste desafio pode ser alcançada por meio de orientações que gerem mudanças possíveis sem, no entanto, deixar que esses cuidados se tornem mais um fator de estresse no cotidiano. Desta forma, as unidades básicas de saúde são parceiras importantes neste contexto.

A unidade de saúde deve ser a porta de entrada da criança para o Sistema Único de Saúde (SUS). Em relação ao cuidado infantil, é o ponto de atenção estratégica e tem como atributos: garantir a acessibilidade, responsabilizando-se pelos problemas de saúde das crianças do seu território e pelo monitoramento do mesmo. As ações da equipe devem atingir a totalidade da sua área de abrangência, procurando conhecer toda a sua população infantil, com todas as suas necessidades e identificando os problemas e fatores de riscos mais frequentes naquela área. O eixo estruturante de atenção à criança nos serviços de atenção básica em saúde é o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, também designado puericultura. (VIANA et al, 2003).

A puericultura, área da pediatria voltada para os aspectos de prevenção de doenças e de promoção da saúde, atua no sentido de manter a criança saudável para garantir seu pleno desenvolvimento, de modo que atinja a vida adulta sem

influências desfavoráveis e problemas trazidos da infância. Suas ações priorizam a saúde em vez da doença. Seus objetivos básicos contemplam a promoção da saúde infantil, prevenção de doenças e educação da criança e seus familiares, por meio de orientações antecipatórias aos riscos de agravos à saúde, podendo oferecer medidas preventivas mais eficazes. Para ser desenvolvida em sua plenitude, deve-se conhecer e compreender a criança em seu ambiente familiar e social, além de suas relações e interação com o contexto socioeconômico, histórico, político e cultural em que está inserida. Isto se torna fundamental, pois as ações de saúde, além de serem dirigidas à criança, refletem sobre o seu meio social, a começar pela família. Sem o envolvimento desta, as ações que visem às crianças não terão sucesso.

De acordo com algumas enfermeiras entrevistadas, um dos grandes pontos dificultadores para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança obesa é a falta de comprometimento das mães, onde as mesmas não seguem as orientações fornecidas pelos profissionais que a acompanha, aonde muitas das vezes chegam a abandonar o tratamento. Desta forma vemos o quanto é relevante uma equipe que não somente busque a criança faltosa, mas também compreenda e atue sobre o contexto de vida da mesma e da família, contribuindo na assiduidade e participação no acompanhamento.

A equipe de saúde tem também um papel na promoção da alimentação saudável e na garantia do direito humano à alimentação. Desta forma, sua atuação junto à população em geral e aos grupos populacionais específicos identificados como prioritários em sua área de atuação deve envolver, de forma direta ou indireta, as várias dimensões da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e de seus determinantes com diferentes implicações (VALENTE, 1986).

Os profissionais de saúde, pela relação dialógica com os usuários, podem ser atores e autores na construção de um novo saber sobre saúde e nutrição. Dentre os aspectos fundamentais nesta relação, destaca-se a importância da valorização, por sua parte, do conhecimento já adquirido pelos usuários. Valorização esta que pode ser expressa numa atitude de ser também aprendiz diante do processo de construção do conhecimento. A partir dessa atitude, o profissional pode demonstrar o reconhecimento da identidade cultural da população, favorecendo o resgate de

sua auto-estima, já tão desgastada no contato com os serviços tradicionais de saúde (ROTENBERG, 1999).

Em relação ao trabalho em equipe, podemos perceber que existe uma organização bem sistematizada por parte dos profissionais que a integram. Fica bem claro que um profissional dá seqüência ao trabalho realizado por outro, e que a existência de um trabalho em equipe torna mais acessível e fácil à comunicação para os membros, para os pais e responsáveis. A partir de uma seqüência de cuidados por parte da equipe consegue-se ou busca-se conseguir obter um trabalho mais satisfatório e qualificado.

Outros obstáculos a serem vencidos pelos profissionais da rede básica de saúde do município de Nova Serrana segundo a fala da enfermeira 4, é que não tem um serviço na rede municipal que acompanha obesos adultos e crianças obesas. Tem somente acompanhamento para adultos hipertensos e diabéticos, que conta com fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, preparador físico.

Castro et al (2002) cita que o processo de envolvimento da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida, incluindo uma maior participação no controle deste processo da promoção da saúde depende de cada um. Sendo assim, os indivíduos e grupos devem saber identificar situações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida e não como um objetivo de viver.

Um exemplo simples a ser citado refere-se a multidisciplinaridade dos profissionais envolvidos. Para que a promoção se dê plenamente, é fundamental, que ela não se restrinja ao setor saúde, devendo ser construída por meio de uma ação intersetorial do poder público em parceria com os diversos setores da sociedade. Vale destacar que o conceito de intersectorialidade é aqui entendido como um processo de construção compartilhada em que os diversos setores e profissionais envolvidos são tocados por saberes, linguagens e modos de fazer de seus parceiros, e que implica a existência de algum grau de abertura para dialogar e o estabelecimento de vínculos de co-responsabilidade e co-gestão pela melhoria da qualidade de vida da população (CAMPOS, 2004).

É preciso então compreender os diversos determinantes dos comportamentos humanos, que são construções sócio-históricas. Assim, o desafio para os profissionais seria o de desenvolver intervenções de saúde apropriadas, sem se

tornarem reguladores e vigilantes de vidas e do prazer alheio (CHOR, 1999; CAMPOS, 2004).

Através de diversas respostas, por parte das enfermeiras entrevistadas, evidenciou-se a dificuldade existente ao elo médico / enfermeira. Percebemos que no município de Nova Serrana, o trabalho em equipe e até mesmo junto da própria população é ainda muito deficiente onde cada um realiza suas funções e/ou tarefa sem um seguimento. Algumas entrevistadas ainda vêem como único ponto dificultador, somente a relação ao acompanhamento da criança, sendo que, as mesmas não têm uma sistematização adequada, em relação ao acompanhamento. Achamos assim, que seria necessário, por parte das equipes trabalharem em conjunto, mesmo que em sua particularidade territorial, porém de maneiras igualitária para que possa existir um seguimento único e centrado, por parte de todas as Unidades Básicas de Saúde existentes no município. Isto ficou também evidenciado pelas diferentes formas de acompanhamento da criança obesa no município.

A atenção básica de saúde é um espaço privilegiado para o desenvolvimento das ações de incentivo e apoio à adoção de hábitos alimentares e a prática regular da atividade física. Cabe ressaltar que essas ações, além de garantir a difusão de informação, devem buscar viabilizar espaços para reflexão sobre os fatores individuais e coletivos que influenciam as práticas em saúde e nutrição na sociedade. Assim, o uso de metodologias que estimulem o espírito crítico e o discernimento das pessoas diante de sua realidade são importantes por promoverem a autonomia de escolha no cotidiano, a atitude protagonista diante da vida e o exercício da cidadania.

Segundo Elza et al (2004), hábitos sedentários, como assistir televisão e jogar vídeo game, contribuem para uma diminuição do gasto calórico diário. Os programas escolares em educação em saúde são, no momento, a estratégia mais eficaz para reduzir problemas de saúde pública crônica relacionados com estilo de vida sedentário e padrão alimentar errôneo, embora mais estudos sejam necessários.

Existem aspectos bem estudados em relação aos hábitos alimentares mais relacionados com a obesidade. Apregoa-se que o aleitamento materno seja um fator protetor importante para a obesidade. No entanto, hábitos como não tomar café da manhã, jantar consumindo grande quantidade calórica, ingerir uma variedade

limitada de alimentos e preparações e em grandes porções, consumir em excesso líquidos leves mas calóricos e ter uma inadequada prática de alimentação precoce são prejudiciais e indutores de obesidade. As tendências de consumo de lanches podem estar contribuindo para o aumento da obesidade na infância (VIVIAN et al, 2004).

Neste estudo, a maioria das enfermeiras mencionou a grande dificuldade de compreensão por parte das mães e ou acompanhantes, em especial os membros familiares, sobre a importância dos hábitos alimentares saudáveis. Enquanto acadêmicas concordamos com as orientações que são fornecidas pelas enfermeiras e nutricionistas, porém, achamos também importante que exista uma orientação mais ampla. Uma orientação que não tenha somente o aspecto do “não coma isso”, mas sim de se trabalhar primeiramente com os pais e cuidadores, os hábitos alimentares considerados adequados para uma alimentação saudável em relação a criança obesa ou sobrepeso, partindo do princípio, desde uma correta amamentação até a introdução dos alimentos complementares.

Os pais exercem uma forte influência sobre a ingestão de alimentos pelas crianças. Entretanto, quanto mais os pais insistem no consumo de certos alimentos, menos a probabilidade de que elas os consumam. Da mesma forma, a restrição por parte dos pais pode ter efeito deletério. Na primeira infância, recomenda-se que os pais forneçam as crianças refeições e lanches saudáveis, balanceados, com nutrientes adequados e que permitam às crianças escolher a qualidade e a quantidade que elas desejam comer desses alimentos saudáveis. É também fundamental salientar que crianças e adolescentes seguem padrões paternos; se esses não forem modificados ou manejados em conjunto, um insucesso do tratamento já é previsto (ELZA et al, 2004).

Programas educacionais inovadores, planejados para ampliar o conhecimento da criança sobre nutrição e saúde, bem como para influenciar de modo positivo à dieta, a atividade física e a redução da inatividade, deveriam ser enfatizados.

Campell et al (2003), realizam uma revisão dos programas para manejo de obesidade infantil, concluindo que os resultados ainda são de pequeno número, não se podendo estabelecer conclusões efetivas, mas que estratégias que visam à redução do sedentarismo são úteis.

Os diversos protocolos de programas de manejo de obesidade infantil foram também estudados por Summerbell et al (2003), verificando que as orientações variam bastante, como intervenções de grupos e individuais, com ou sem supervisão médica, terapia familiar, comportamental e cognitiva, e tratamento farmacológico. Assim, é necessário maior consenso nas conclusões sobre efetividade, já que as intervenções variam bastante (ELZA, et al 2004)

Considerações Finais

Em relação a esta pesquisa o primeiro ponto que deve ser destacado foi a dificuldade em encontrarmos referencia bibliográfica sobre o assunto. Para isso podemos salientar que seria importante a confecção de mais literaturas relacionadas à obesidade infantil, sobretudo no âmbito do Ministério da Saúde do Brasil.

Através do trabalho realizado, foi possível perceber a importância que se faz o papel do enfermeiro em uma Unidade Básica de Saúde da Família do Município de Nova Serrana-MG. Isto fica explicitado pela proposta da estratégia que permite um acompanhamento e avaliação dos grupos em geral, e neste caso, no Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento da Criança. Essa estratégia se torna um caminho capaz de alcançar a realização de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças junto à comunidade em especial às mães, avós, pais e outros que acompanham a criança por meio das ações identificadas neste estudo.

A partir desta pesquisa, percebemos vários achados que influenciam no acompanhamento da criança obesa como:

- as inúmeras ações realizadas pelos enfermeiros (puericultura, orientação, visita domiciliar, controle do peso, etc)
- assistência tanto da atenção básica quanto de profissionais especializados e de referência;
- o envolvimento e a participação da equipe de saúde especificamente o

profissional médico do município em questão;

- a rotatividade das famílias, por ser Nova Serrana um município que possui muitas fábricas de calçados, onde as famílias mudam muito de domicílio, bairro e até mesmo cidade;

- a ausência das mães nas consultas de enfermagem por motivo de trabalho;

- a figura das babás nas consultas e atendimentos, o que dificulta a continuidade e a comunicação mães/profissionais de saúde.

Nesse sentido é necessário pensar no estabelecimento de uma via de comunicação entre a equipe de saúde e aos pais/responsáveis da criança. Desta forma, por mais difícil que pareça, o acompanhante da criança nos atendimentos ou presente durante a visita configura-se o elo da referida equipe com a mãe/responsável. É importante que se coloque em prática estratégias educativas que visem uma intervenção efetiva de promoção de um acompanhamento das crianças, onde a interação de todos se faça compreensiva e comprometedora.

Outro aspecto, diz respeito à criação de protocolos e organização de fluxos e contra-fluxos destas crianças nos referidos serviços ofertados pela Secretaria Municipal de Saúde de Nova Serrana. A partir deste ponto conseguiremos organizar não só as competências e papéis dos profissionais envolvidos assim como a continuidade e integralidade da assistência prestada à criança obesa.

Referências

1. ALVES, C.R.L.; VIANA, M.R.A. Saúde da Família: Cuidando de Crianças e Adolescentes. Belo Horizonte: Coopmed, 2003, 282 p.
2. BAR-OR, The Young athlete: some physiological considerations. J. Sport Sci., 13:S31-3. 1995 apud VITOLO, M.R. Nutrição: da gestação à adolescência. 1ª ed. Rio de Janeiro, Editora Reichmann e Affonso Editores, 2003. p.228-249.
3. BARLOW, S.E.; DIETZ, W.H. Obesity evaluation and treatment: expert committee recommendations. The Maternal and Child Health Bureau, Health Resources and Services Administration, and the Department of Health and Human Services. Pediatrics, 102:E29, 1998 apud VITOLO, M.R. Nutrição: da gestação à adolescência. 1ª ed. Rio de Janeiro, Editora Reichmann e Affonso Editores, 2003. p.228-249.

4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica nº12, Obesidade. Brasília, 2006. p.18.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica nº11. Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília, 2002. p.11.
6. CAMPOS, G.W. et al. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p. 745-749, 2004.
7. CÁSSIA, Ivana e Silva. Obesidade infantil e na adolescência. Rio de Janeiro. 2008. Disponível em: <www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/infantil/obesidade-infantil.htm>. Acessado em : 03 out. 2008.
8. CASTRO, A.M.; CASTRO, I.R.R.; BRANCO, V.M.C. A iniciativa Rio Saudável no contexto da promoção da saúde. Saúde em Foco: Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva, (S.I.), v. 23, p. 9-15, 2002.
9. CHOR D. Saúde pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 423-425, 1999.
10. COWBURN, G., HILLSDON, M.; HANKEY, C.R. Obesity management by life-style strategies. Br. Med. Bull., 53(2):389-408, 1997 apud VITOLO, M.R. Nutrição: da gestação à adolescência. 1ª ed. Rio de Janeiro, Editora Reichmann e Affonso Editores, 2003. p.228-249.
11. DIVISÃO TERRITORIAL DO BRASIL. Divisão Territorial do Brasil e Limites Territoriais. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Julho de 2007. Disponível em : www.wikipedia.org/wiki/nova_serrana. Acessado em 14 de abril de 2009.
12. ECONOMIA E SOCIEDADES BRASILEIRAS. Nova Economia. Vol.15. nº3. Belo Horizonte. 2005. Disponível em: <www.scielo.com>. Acessado em: 14 de abril de 2009.
13. ELZA, D.M. et al. . PALHARES, Dario. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? Rio de Janeiro. 2004. Disponível em: <[www.scielo.com/Sociedade Brasileira de Pediatria](http://www.scielo.com/Sociedade_Brasileira_de_Pediatria)>. Acessado em 28 de março de 2009.
14. EPSTEIN, L.H.; Valoski, A.M.; Vara, L.S.; Mc Curley, J.; Wisniewski, L.; Kalarkian, M.A.; Kein, K.R.; Shrager, L.R. Effects of decreasing sedentary behaviour and increasing activity on weight change in obese children. Health Psychol., 14(2): 109-105,1995.

15. FLAVIA, M. et al. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? Rio de Janeiro. 2004. Disponível em: www.scielo.com/Sociedade Brasileira de Pediatria. Acessado em 28 de março de 2009.
16. FRANÇA, J.L. CRISTINA, A.V. Manual para normalização de publicações técnico-científicas. 8ª ed. Belo Horizonte, Editora UFMG, 2007. 255p.
17. GIOVANELLA, L; ESCOREL, S.; MENDONÇA, M. H. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 278-289, set./dez. 2003.
18. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil: pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003. Rio de Janeiro, 2004 apud BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica nº12, Obesidade. Brasília, 2006. p.18.
19. KLESGES, R.; SHEELTON, M. L. Effects of television on Metabolic Rate: Potencial Implications for childhood obesity. Pediatrics, 91(2):281-286, 1993 apud VITOLO, M.R.
20. LEÃO, E. et al. Pediatria Ambulatorial. 3ª ed. Belo Horizonte, Editora Coopmed, 1998. p.201-208.
21. MELLO, E.D. et al. PALHARES, Dario. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? Rio de Janeiro. 2004. Disponível em: www.scielo.com/Sociedade Brasileira de Pediatria. Acessado em 28 de março de 2009.
22. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Atenção à Saúde da Criança. 1ª ed. Belo Horizonte, 2005. p.30,31,36,175.
23. MINAYO MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2000.
24. Nutrição: da gestação à adolescência. 1ª ed. Rio de Janeiro, Editora Reichmann e Affonso Editores, 2003. p.228-249.
25. OBARZANEK, E., SCHREIBER, G.B.; CRAWFORD, P.B.; GOLDMAN, S.R.; BARRIER, P.M.; FREDERICK, M.M; LAKATOS, E. Energy intake and physical activity in relation to indexes of body fat: the National Heart Lung and Blood Institute Growth and Health Study. Am. J. Clin. Nutr., 60(1):15-22, 1994 apud VITOLO, M.R. Nutrição: da gestação à adolescência. 1ª ed. Rio de Janeiro, Editora Reichmann e Affonso Editores, 2003. p.228-249.
26. Oliveira AS, Ellison RC, Moore LL, Gillman MW, Garrahie EJ, Singer MR. Parent-child relationships in nutrient intake: the Framingham Children Study. Am J Clin Nutr. 1992; 56(3): 593-8.

27. PRAUN, A. Nutrition education: development or alienation? Hum. Nutr. Appl. Nutr., 36^a:28-34, 1982 apud VITOLO, M.R. Nutrição: da gestação à adolescência. 1^a ed. Rio de Janeiro, Editora Reichmann e Affonso Editores, 2003. p.228-249.
28. ROSENBAUM, M.; LEIBEIL R.L. The physiology of body weight regulation: relevance to the etiology of obesity in children. Pediatrics. 101:525-539, 1998 apud VITOLO, M.R. Nutrição: da gestação à adolescência. 1^a ed. Rio de Janeiro, Editora Reichmann e Affonso Editores, 2003. p.228-249.
29. ROTENBERG, S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde da criança de baixo peso. 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança)-Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.
30. Summerbell CD, Ashton V, Campell KJ, Edmunds L, Kelly S, Waters E. Interventions for preventing obesity in children. Cochrane Database Syst Rev. 2003; (3): CD 001872.
31. VALENTE, F.L.S. (Org.). Fome e desnutrição: determinantes sociais. São Paulo: Cortez, 1986.
_.Direito humano à alimentação: desafios e conquistas. São Paulo: Cortez, 2002.
32. VITOLO, M.R. Nutrição: da gestação à adolescência. 1^a ed. Rio de Janeiro, Editora Reichmann e Affonso Editores, 2003. p.228-249.
33. VIVIAN, C.L. PALHARES, Dario. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? Rio de Janeiro. 2004. Disponível em: [www.scielo.com/Sociedade Brasileira de Pediatria](http://www.scielo.com/SociedadeBrasileira de Pediatria)>. Acessado em 28 de março de 2009.

Processo de Avaliação por Pares: (*Blind Review* - Análise do Texto Anônimo)

Revista Científica Vozes dos Vales - UFVJM - Minas Gerais - Brasil

www.ufvjm.edu.br/vozes

QUALIS/CAPES - LATINDEX: 22524

ISSN: 2238-6424