

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

FLAVIANA DE MACÊDO LIMA

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
FRENTE À OBESIDADE INFANTIL**

Cuité-PB

2014

FLAVIANA DE MACÊDO LIMA

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
FRENTE À OBESIDADE INFANTIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem como exigência para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande, *campus* Cuité.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> MsC. Maria Benegelania Pinto.

Cuité-PB

2014



FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE  
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

L732a Lima, Flaviana de Macêdo.

Atuação do enfermeiro da estratégia de saúde da família frente à obesidade infantil. / Flaviana de Macêdo Lima. – Cuité: CES, 2014.

65 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2014.

Orientadora: Maria Benegelania Pinto.

1. Obesidade infantil. 2. Enfermeiro - atenção primária.  
3. Enfermagem - atenção - obesidade infantil. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 613.25-053.2

FLAVIANA DE MACÊDO LIMA

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
FRENTE À OBESIDADE INFANTIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem como exigência para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande, *campus* Cuité.

Aprovado em: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Prof.<sup>a</sup> MSc. Maria Benegelania Pinto  
Orientadora

---

Prof.<sup>a</sup> Esp. Nathanielly Cristina Carvalho de Brito Santos  
Membro examinador – UFCG

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Luciana Dantas Farias de Andrade  
Membro examinador - UFCG

*Dedico esta conquista aos meus amados pais, Roberto e Graça, que na humildade de suas existências não mediram esforços a se empenhar nesta luta para que o meu sonho, que também era o vosso, pudesse se concretizar. Amo-os incondicionalmente!*

## AGRADECIMENTOS

Quando se alcança uma conquista tão importante como esta, o sentimento que transborda o coração, sobretudo é a gratidão. Pois, durante esta longa caminhada, deparei-me com barreiras que jamais pensaria em vencê-las, senti medos e anseios que outrora assolariam o meu ser. Se eu venci, diante todas essas dificuldades foi porque eu não caminhei sozinha. Em algum momento “Alguém” me carregou no colo, alguém me deu um abraço amoroso, uma palavra amiga, um ensinamento importante, alegrias insubstituíveis. E são a estas pessoas, que lançaram flores ao meu caminho, que eu quero agradecer neste momento!

Agradeço a **Deus**, minha fortaleza, por me proporcionar essa conquista inestimável. Foi apoiada em Ti que pude vencer todos os obstáculos enfrentados. O Senhor é quem me dá forças e alimenta minha alma com toda a Tua bondade e amor. Amo-Te incondicionalmente!

Aos meus **pais**, Roberto e Graça, símbolo de proteção e carinho, expresso todo o meu agradecimento e reconhecimento por esses anos de amor e dedicação os quais consagraram a mim. Por todas as emoções sentidas e vividas a cada conquista particular; pela preocupação e aflição nos momentos difíceis que enfrentei; pelo árduo esforço que fizeram para me proporcionar tudo que tenho. Por mais que eu tente expressar a minha gratidão ainda assim não bastaria um muito obrigado. Aos meus pais devo tudo que hoje sou, tenho e sinto. Vocês são merecedores destes sinceros agradecimentos, pois me ensinaram a amar, a sonhar, a respeitar e, sobretudo a agradecer. Amo Vocês!

As **minhas irmãs** Fabiana e Adriana pelo apoio durante esse processo. Por sempre estarem dispostas a me ajudar em tudo que precisei. Pelos momentos de preocupação e conforto que só demonstraram o amor que existe entre nós. Amo vocês!

Aos **meus sobrinhos** traquinos, Amanda e Vinícius, por encherem de luz os meus dias. Pelos momentos de diversão, alegrias e até mesmo de bagunça e irritação. Tia ama muito vocês!

Ao **meu noivo**, Thiago, pelo amor e companheirismo. Pela presença marcante em minha vida, pela compreensão e paciência que depositaste em mim nos momentos em que te usei como escudo e despejei em você minhas frustrações, nos momentos de fracasso e nas ausências. Foi uma jornada

difícil, mas o seu apoio incondicional me ajudou a superá-la. Não há uma forma melhor de agradecê-lo a não ser dizendo agora e sempre que: Amo muito você!

Aos **amigos** que entraram em minha vida durante esta caminhada, Cecília, Gilmara, Haline, Lanísia Bianca, Layane, Sandro e Yasmin, por todos os momentos compartilhados de alegrias, emoções, medos e anseios. Só nós sabemos o quão difícil foi chegar até aqui, mas enfrentamos juntos e da melhor forma possível! Nunca esquecerei um dia sequer destes cinco anos que compartilhamos; lembrarei sempre de cada reunião com a finalidade frustrada de se fazer um trabalho acadêmico, onde tudo acabava em um delicioso lanche e boas risadas. Esses, sim, são momentos para se guardar saudosamente no coração. Sempre me lembrarei de vocês com muito carinho!

A **minha orientadora**, Maria Benegelania Pinto, por ter participado diretamente desta conquista. Por todo apoio, incentivo, dedicação e ajuda que me proporcionou para construção deste trabalho. Muito levarei desta experiência consigo, principalmente a sua paciência e positivismo que me ajudou a deixar de lado o desânimo e lutar pelos meus objetivos. Obrigada por tudo!

A **banca examinadora**, Prof<sup>ª</sup>. Esp. Nathanielly Cristina Carvalho de Brito e a Prof<sup>ª</sup>. Dra. Luciana Dantas Farias de Andrade, por terem prontamente aceitado o convite em participar deste trabalho e pelas suas contribuições teóricas que subsidiaram o aperfeiçoamento deste trabalho, do qual me orgulho muito. Obrigada pela significativa ajuda.

A todas as **enfermeiras**, que aceitaram participar desta pesquisa, pela disposição, ajuda e dedicação; por doarem um pouco dos seus preciosos tempos para me ajudarem neste projeto. Sem a ajuda dessas profissionais nada disso seria possível.

A **coordenadora da ESF**, Joseane Cavalcanti, pela ajuda e acolhimento. Como também a todos que participaram direta ou indiretamente desta etapa da minha vida. Os meus sinceros agradecimentos!

*“Foi o tempo que dedicastes a tua rosa que a  
fez tão importante”*

*Antoine de saint-Expéry*

## RESUMO

LIMA, Flaviana de Macêdo. **Atuação do enfermeiro da estratégia de saúde da família frente à obesidade infantil**. 2014. 64 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, Cuité, PB, 2014.

A obesidade infantil, distúrbio no qual prevalece o excesso de gordura corporal em comparação com a massa magra, é um tema que incita atenção em virtude do quadro de transição nutricional que o Brasil vem enfrentando. Neste sentido, a enfermagem tem papel fundamental na promoção e prevenção da obesidade infantil. Além de cuidar da criança através de uma visão holística, estes profissionais devem se preocupar também em inserir a comunidade e a família neste contexto, utilizando a educação em saúde como uma das ferramentas para a efetivação do cuidado. O estudo teve como objetivos: geral - compreender a prática do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família do município de Cuité-PB no que tange a prevenção e manejo da obesidade infantil. Específicos: Averiguar a percepção do enfermeiro em relação ao seu papel, bem como a importância da integração à equipe de saúde no tocante a prevenção e manejo da obesidade infantil; Identificar na percepção dos enfermeiros as principais dificuldades enfrentadas para a prevenção e manejo da obesidade infantil na atenção primária; Identificar quais as estratégias utilizadas por estes profissionais na prevenção e no manejo da obesidade infantil. Trata-se de um estudo do tipo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa, desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde do município de Cuité-PB. Os dados foram coletados no período de março de 2014, por meio de um roteiro de entrevista semiestruturado aplicado a seis enfermeiras que atuam nestas unidades. Para análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo temático ou categorial, onde foi possível construir seis categorias temáticas: 1. Promoção da saúde e prevenção de doenças percebida como prática centrada nas individualidades, mudança de comportamentos e atitudes sem considerar as influências familiar, comunitária, social e ambiental; 2. O enfermeiro e os profissionais da saúde, como agentes detentores do conhecimento correto para tratar o problema e a negação da possibilidade da participação ativa dos sujeitos no processo; 3. Valores culturais, condutas, condições sociais e os estilos de vida dos sujeitos, como elementos dificultadores da prevenção e do manejo da obesidade infantil; 4. Ações preventivas com predomínio dos aspectos da prática clínica e utilização de metodologias de transferência de conhecimento na prevenção e manejo da obesidade infantil; 5. Educação em saúde apontada como mero instrumento, meio para se alcançar saúde; 6. Prática educativa reduzida a ações e técnicas de repasse de informações, com domínio exclusivo do “profissional”, sem favorecimento da participação dos sujeitos envolvidos. A atuação das enfermeiras da ESF em Cuité-PB é pautada no modelo tradicional de saúde, limitando suas estratégias ao repasse de conhecimento, assim a promoção à saúde não é plenamente efetivada, em virtude da falta de flexibilidade que este modelo impõe. Espera-se que este estudo possa gerar reflexões sobre a possibilidade de ações de promoção à saúde que incluam a comunidade como sujeitos ativos e participativos do processo saúde doença, bem como apontar para a necessidade de mais discussões a respeito de novas práticas em saúde, indispensáveis à efetiva atuação do enfermeiro da atenção primária frente a promoção à saúde da criança e do adolescente com obesidade infantil.

**Palavras-chaves:** Obesidade Infantil. Enfermeiro – Atenção Primária. Enfermagem – Atenção - Obesidade Infantil.

## ABSTRACT

LIMA, Flaviana of Macêdo. **Work of nurses from the front to childhood obesity family health strategy.** 2014. 64 f. Completion of course work (Bachelor of Nursing) - Federal University of Campina Grande - UFCG, Cuité, PB, 2014.

Childhood obesity is a condition in which excess body fat compared to lean body mass prevails, is a theme that encourages attention because of the situation of nutritional transition that Brazil is facing. In this sense, the nurse plays a key role in the promotion and prevention of childhood obesity. Besides taking care of the child through a holistic view, these professionals must also worry about entering the community and family in this context, using health education as a tool to provide care. The study aimed to: general - understand the nurse Family Health Strategy in the municipality of Cuité-PB regarding the prevention and management of childhood obesity. Specific: To investigate the perception of nurses in relation to their role and the importance of integrating the healthcare team regarding the prevention and management of childhood obesity; Identify perceptions of nurses the main difficulties faced for the prevention and management of childhood obesity in primary care; Identify the strategies used by these professionals in the prevention and management of childhood obesity. This is an exploratory and descriptive study with qualitative approach, developed in Basic Health Units in the municipality of Cuité-PB. Data were collected from March 2014 through a semistructured interview script applied to six nurses working in these units. 1: Analysis of the data analysis technique of thematic or categorical content, where it was possible to build six thematic categories was used. Health promotion and prevention perceived as a practice centered legend diseases, changing behaviors and attitudes without considering the family, community, social and environmental influences; 2. Nurses and health professionals, as having correct knowledge of agents to treat the problem and the denial of the possibility of active participation of subjects in the process; 3. Cultural values, behaviors, social conditions and lifestyles of subjects as difficult in the prevention and management of childhood obesity; 4. Preventive actions where the predominant aspects of clinical practice and use of methodologies for knowledge transfer in the prevention and management of childhood obesity ; 5 . Health education appointed as a mere instrument , a means to achieve health ; 6 . Reduced to actions and techniques of information transfer with exclusive domain of " professional" without encouragement of participation of the subjects involved educational practice . The role of nurses in the FHS Cuité - guided PB is the traditional model of health by limiting their strategies to transfer knowledge , thus promoting health is not fully effective , because of the lack of flexibility that this style requires . It is hoped that this study can generate reflections on the possibility of actions for health promotion involving the community as active and participative subject of the health condition as well as point to the need for more discussions about new practices in health essentials the effective work of nurses across primary care to promote the health of children and adolescents with childhood obesity.

**Keywords:** Childhood Obesity. Nurse - Primary Care. Nursing - Caution - Childhood Obesity.



## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Quadro 1 – Caracterização das enfermeiras da atenção primária do município de Cuité-B, no ano de 2014 .....	34
---	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A/I	Altura por Idade
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corpórea
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
P/A	Peso por Altura
PACS	Programa Nacional de Agentes Comunitários
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNCO	Programa Nacional de Combate à Obesidade
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
P/I	Peso por Idade
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UR	Unidade de Registro
US	Unidade de Significação

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>17</b>
2.1 Objetivo Geral .....	17
2.2 Objetivos específicos.....	17
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>19</b>
3.1 Contextualização da obesidade infantil.....	19
3.2 A atenção primária à saúde e a prevenção da obesidade infantil.....	22
3.3 O papel do enfermeiro na promoção à saúde, prevenção e manejo da obesidade infantil.....	24
<b>4 PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>29</b>
4.1 Tipo de Pesquisa .....	29
4.2 Cenário da Pesquisa .....	29
4.3 Sujeito da Pesquisa .....	29
4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão .....	30
4.5 Aspectos Éticos .....	30
4.6 Instrumento de Coleta de Dados .....	30
4.7 Procedimento para Coleta de Dados.....	31
4.8 Processamento e Análise de Dados.....	31
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÕES .....</b>	<b>33</b>
5.1 Categorias Empíricas .....	34
5.1.1 <i>Categoria 1: Promoção da saúde e prevenção de doenças percebida como prática centrada nas individualidades, mudança de comportamentos e atitudes sem considerar as influências familiar, comunitária, social e ambiental .....</i>	<i>34</i>
5.1.2 <i>Categoria 2: O enfermeiro e os profissionais da saúde, como agentes detentores do conhecimento correto para tratar a obesidade e a negação da possibilidade da participação ativa dos sujeitos no processo.....</i>	<i>36</i>
5.1.3 <i>Categoria 3: Valores culturais, condutas, condições sociais e os estilos de vida dos sujeitos, como elementos dificultadores da prevenção e do manejo da obesidade infantil.....</i>	<i>39</i>

## SUMÁRIO

5.1.4 Categoria 4: Ações preventivas com predomínio dos aspectos da prática clínica e utilização de metodologias de transferência de conhecimento na prevenção e manejo da obesidade infantil .....	41
5.1.5 Categoria 5: Educação em saúde apontada como mero instrumento ou meio para se alcançar saúde .....	43
5.1.6 Categoria 6: Prática educativa reduzida a ações e técnicas de repasse de informações, com domínio exclusivo do “profissional”, sem favorecimento da participação dos sujeitos envolvidos. ....	45
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>49</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>50</b>
<b>APÊNDICE .....</b>	<b>55</b>
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	56
APÊNDICE B - Instrumento para Coleta de Dados .....	57
<b>ANEXO .....</b>	<b>59</b>
ANEXO A - Termo de Compromisso dos Pesquisadores .....	60
ANEXO B - Termo de Compromisso do Responsável pelo Projeto em Cumprir os Termos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde .....	61
ANEXO C - Termo de Autorização .....	62
ANEXO D - Termo de Autorização Institucional - UFCG .....	63
ANEXO D – Parecer do CEP .....	64



Fonte: Internet, 2014

# *Introdução*

## 1 INTRODUÇÃO

A obesidade é definida como o acúmulo de gordura o qual acarreta excesso de peso, além de predispor a pessoa a agravos de saúde como problemas cardíacos, endócrinos, vasculares, ortopédicos, psicológicos, entre outros. No que tange a obesidade infantil, se caracteriza como um distúrbio no qual prevalece o excesso de gordura corporal em comparação com a massa magra, ao mesmo tempo, em que pode ser distinguida pelo  $IMC/idade \geq 2 Z$  (REIS; VASCONCELOS; OLIVEIRA, 2011; BRASIL, 2012 ; ARAÚJO et al., 2012).

Este distúrbio nutricional se deve a diversas causas, abrangendo um grupo de fatores que podem predispor ou agravar esta condição, os quais são denominados os endógenos, a exemplo dos fatores genéticos, e exógenos, incluindo aspectos comportamentais, como sedentarismo e hábitos alimentares inadequados (BRITO et al, 2013). Neste contexto, a criança afetada está mais propensa ao aparecimento de doenças devido seu estado metabólico comprometido trazendo-lhes limitações e prejuízos na tríade biopsicossocial (PEREIRA, 2012).

A OMS apresenta a obesidade como um sério problema de saúde pública, abrangendo países desenvolvidos e em desenvolvimento e todas as faixas etárias. Na atualidade, a criança ganha destaque como um dos grupos mais atingidos (ALVES, 2010, devido, principalmente às mudanças no estilo de vida, visto que outros fatores como as causas endócrinas não ultrapassam 10% dos casos (MARCHI-ALVES et al, 2011).

Configurando um problema de ordem mundial, a obesidade infantil tem sido destaque em diversos estudos. Em relação à Europa os dados indicam que a obesidade infantil vem crescendo em torno de 10 a 40% na maioria dos seus países, (REIS; VASCONCELOS; OLIVEIRA, 2011), cujo maior é registrado no Reino Unido com percentual de 23%. Na Itália, França e Alemanha as taxas também são consideráveis com aproximadamente 15% da população sendo obesa. Nos Estados Unidos, considerando o contexto atual, aproximadamente 34% da população é obesa, sendo a estimativa para o ano de 2020 de 75% (LAUTNER et al, 2013).

Nas duas últimas décadas o Brasil vem enfrentando um quadro de transição no perfil nutricional de suas crianças e adultos, evidenciado pelo decrescente percentual de desnutrição, embora ainda existente, acompanhada de ascensão do número de pessoas com sobrepeso e obesidade, consideradas, portanto, mais susceptíveis a sérias consequências à saúde a curto e longo prazo (BRASIL 2006).

No universo infantil o ganho de peso vem em rápida progressão, passando de 4,9% em 1974 para 14% em 1997. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, realizada em 2006, apresentou como resultados que 7% das crianças menores de cinco anos apresentam excesso de peso em relação à altura, variando de 6% na região Norte a 9% na região Sul (BRASIL 2006; BRASIL 2012).

Neste contexto, a criança obesa necessita de cuidados especiais e de profissionais que possam contribuir para o enfrentamento deste agravo e a prevenção de complicações, de modo a garantir qualidade de vida na esfera biológica, social e afetiva (MARCHI-ALVES et al., 2011).

É principalmente na atenção primária à saúde que este cuidado é realizado com foco primordial na prevenção devido aos fatores de risco para outras doenças, como as crônico-degenerativas, e ao número de casos aumentado com continuação na vida adulta (FREITAS 2009).

Sendo assim, a enfermagem como parte integrante da equipe multidisciplinar de atenção à criança obesa, destaca-se por sua atuação na prevenção de agravos e na promoção da saúde e de uma vida mais saudável. Contudo, para o cuidar da criança faz-se necessário uma visão holística, que considere no seu contexto família e a comunidade como potencializadores para o cuidado, fortalecendo as ações a partir da conscientização acerca deste problema, bem como da melhoria do diálogo entre estes e seus filhos, para que assim haja a efetivação da prevenção e do tratamento.

Diante do exposto, surgiu como motivação para adentrar a este tema a vivência acadêmica durante a disciplina Enfermagem na Saúde do Escolar e do Adolescente, na qual foi abordado, entre outros, o tema obesidade infantil, despertando o interesse em investigar como a ESF, especialmente os profissionais de enfermagem, tem atuado de forma a promover a saúde nutricional deste público.

Além disso, enfatizo o interesse pessoal traduzido na afinidade em trabalhar com o universo infantil no contexto da atenção primária à saúde. Seguido da importância de conhecer a prática do enfermeiro na promoção da saúde da criança e prevenção da obesidade infantil, e a partir dessas reflexões, incentivar estes profissionais a intensificar seus esforços na efetivação das políticas e programas implementados pelo Ministério da Saúde.

Para tanto este estudo tem como questão norteadora: Como acontece a prática do enfermeiro da ESF, na prevenção e promoção à saúde da criança, bem como no enfrentamento da obesidade infantil no município de Cuité - PB?



Fonte: Internet, 2014

# ***2 Objetivos***



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral:**

- Compreender a prática do enfermeiro da ESF do município de Cuité-PB no que tange a promoção à saúde, prevenção e manejo da obesidade infantil.

### **2.2 Objetivos específicos:**

- Averiguar a percepção do enfermeiro em relação ao seu papel, bem como a importância da integração à equipe de saúde no tocante a promoção à saúde, prevenção e manejo da obesidade infantil.
- Identificar na percepção dos enfermeiros as principais dificuldades enfrentadas para a promoção à saúde, prevenção e manejo da obesidade infantil na ESF.
- Identificar quais as estratégias utilizadas por estes profissionais na promoção à saúde, prevenção e no manejo da obesidade infantil.



Fonte: Internet, 2014

## *3 Referencial Teórico*

### **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **3.1 Contextualização da obesidade infantil**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a obesidade como sendo o acúmulo irregular ou demasiado de gordura. Neste contexto, é observado relatos da obesidade desde a época de Hipócrates (460-377 a.C.), o qual descrevia este estado como doença, mencionando, ainda, sua forma de tratamento que se assemelha com as da atualidade, a exemplo das caminhadas, exercícios, restrição alimentar e trabalho (MORAES; DIAS, 2013).

Em relação ao IMC, a OMS (2011) define excesso de peso como um IMC igual ou superior a 25, e obesidade como um IMC igual ou superior a 30. Ainda, neste contexto, considerando também as co-morbidades que, frequentemente, associam-se a este agravo, ela é classificada, como: Obesidade Grau I ou moderada quando o IMC se situa entre 30-34,9, Obesidade Grau II ou grave quando o IMC se situa entre 35-39,9 e Obesidade Grau III ou muito grave quando o IMC se situa acima de 40 kg/m<sup>2</sup>. Um peso normal é considerado quando o IMC se situa entre 18,5-24,9 (SILVA; SOARES, 2011).

A obesidade é considerada um agravo multifatorial, sendo assim, alguns fatores são determinantes desta patologia, como uma dieta rica em gorduras e açúcar, além da inatividade física. Correlaciona-se a obesidade infantil com sua extensão na vida adulta, assim como os demais distúrbios e processos patológicos a ela associados, como a aterosclerose e hipertensão, dislipidemias, diabetes, problemas ortopédicos, apneia do sono, litíase biliar e distúrbios alimentares. Outro problema comum deste agravo na infância é a baixa autoestima que as crianças desenvolvem, afetando diretamente seu rendimento escolar e suas relações sociais, assim como implicações psicológicas em longo prazo (FELISBINO-MENDES; CAMPOS; LANA, 2010).

Estudos têm mostrado ainda, a ligação da obesidade infantil com a longa permanência das crianças em ambientes restritos que impossibilitem a prática de atividades para dispende energia. Seu lazer se limita às atividades passivas como assistir televisão, vídeo games, computadores, períodos longos de aulas e tarefas escolares. Aponta-se que, crianças que assistem cinco horas ou mais de televisão por dia têm cinco vezes mais chances de se tornarem obesas do que crianças que assistem apenas duas horas. O ambiente social no qual a

criança está inserida também influencia, pois, geralmente, estas podem residir em um espaço pequeno onde há violência e perigos nas ruas que justificam, muitas vezes, a aquisição de hábitos mais sedentários, bem como a diminuição de gasto calórico, tirando da criança a oportunidade de brincar (ARAÚJO et al., 2010).

Outro fator relacional para a obesidade que muitos estudos têm abordado é a ausência do aleitamento materno, visto que se tem observado que crianças amamentadas de forma exclusiva por mais tempo teriam valores mais baixos nos indicadores antropométricos de adiposidade, tendo em vista o fator protetor do leite materno no desenvolvimento de sobrepeso e obesidade. Tais estudos mostram, ainda, outros benefícios como: melhora do desenvolvimento neurológico, visual, psicossocial e proteção contra várias outras morbidades (MORAES; GIUGLIANO, 2011).

Diante desse cenário, a obesidade é caracterizada como um grande problema de saúde pública, em todos os países e em todas as classes sociais, pois esta vincula gastos ao Sistema Único de Saúde (SUS), além da provável incapacidade de órgãos públicos de atender esta população futuramente de forma adequada. Estamos passando por um momento de transição nutricional, um quadro epidêmico, onde a obesidade se dissemina cada vez mais pelo mundo, ao passo que a desnutrição tem abrandado. No ano de 2004, um fato inédito aconteceu no mundo: o número de pessoas com excesso de peso excedeu o número de desnutridos, alcançando por volta de um bilhão de adultos com excesso de peso dos quais 300 milhões são obesos (MARCHI-ALVES et al., 2011).

A obesidade infantil teve início nos Estados Unidos difundindo-se, posteriormente pela Europa, onde, hoje, é considerado o continente com o maior número de crianças obesas, com prevalência na Itália e Portugal. Estudos realizados em algumas cidades deste continente mostraram que a prevalência da obesidade em 6800 crianças avaliadas durante três anos foi de 25,7% em 2007, 20,6% em 2008, 17,1% em 2009 e 20% no ano de 2010 (SULZBACH; DAL BOSCO, 2012).

No Brasil, tem-se reduzido o quantitativo de adultos e crianças desnutridas, ao passo que a obesidade vem aumentando ao longo do tempo. Em estudos realizados no país no período de 1974 a 1989, com adultos e crianças, evidenciaram que o país vem enfrentando um quadro de transição nutricional, uma vez que a população vem passando pelo quadro de déficit da oferta alimentar e para o excesso do aporte de alimento, o que tem acarretado as repercussões patológicas nestes grupos (MENDONÇA et al., 2010).

Estima-se que 32,8% da população brasileira encontram-se acima da faixa de peso ideal. Dados apontam que estes números se relacionam com alguns aspectos como sexo e

escolaridade, pois se observou que entre os homens, a frequência da obesidade aumenta mais de três vezes entre 18 a 24 e 45 a 54 anos, declinando nas faixas etárias seguintes, ao passo que nas mulheres, a constância da obesidade aumenta mais de seis vezes entre 18 a 24 e 55 a 64 anos diminuindo após. Já em relação à escolaridade não se ver disparidade entre o sexo masculino, sua frequência está em torno de 12 a 13%. Porém entre as mulheres, notou-se uma forte relação entre obesidade e escolaridade, já que 18% das mulheres são obesas no grupo de menor escolaridade e 8,5% são obesas no de maior escolaridade (FERREIRA et al., 2012).

De acordo com uma pesquisa realizada pela Vigitel (2011) acerca da obesidade em adultos nas capitais brasileiras constatou-se que sua frequência variou entre 8,8% em São Luís e 29,8% em Natal. Os homens apresentaram maior prevalência de obesidade em Natal (41,8%), Macapá (25,8%) e Salvador (24,3%); já as mulheres, em Porto Alegre (21,3%), Goiânia (18,1 %) e Natal (17,7%). As capitais que apresentaram menor número de obesos masculinos foram São Luís (8,0%), Recife (8,6%) e Goiânia (9,0%) e, femininas, em Boa Vista (4,9%), São Luís (9,4%) e Belém (9,6%) (BRASIL, 2011).

No tocante a obesidade infantil, investigações nacionais realizadas nas décadas de 70, 80 e 90, comprovou o crescimento na prevalência de obesidade de 3,6% para 7,6% das meninas de quatro a cinco anos de idade. Segundo dados da OMS denotou-se que os índices presentes na infância ascenderam na última década com valores de 10 a 40% nos países da Europa. De forma geral 10% das crianças no mundo são obesas representando cento e cinquenta milhões de pessoas. No Brasil este quantitativo também se apresenta elevado, após ter triplicado nas últimas duas décadas chegando atualmente a 15% das crianças acima do peso e 5% obesas (ABESO 2009; SILVA, 2013; MENDONÇA et al., 2010).

O tratamento da obesidade na infância exige abordagens multidisciplinares as quais incluem, entre outras, a educação nutricional e alterações ao nível da atividade física, ambas com o envolvimento da família para efetivar o cuidado (VICÊNCIO NETO, 2010).

As alterações na dieta e na atividade física são extremamente importantes, porém pode-se incluir neste contexto também, em certos casos, a necessidade de intervenção medicamentosa acompanhada muitas vezes de processos cirúrgicos. Diferentes estudos apontam diversas formas de tratamento da obesidade, portanto é inviável definir uma abordagem que abranja uma terapêutica específica, pois cada caso requer uma intervenção diferenciada levando em consideração o estado mórbido do paciente, suas complicações, bem como seu envolvimento no tratamento (OLIVEIRA, ALMEIDA, 2013).

No entanto a chave para o problema está na promoção da saúde e na prevenção, que tende a requerer estilos de vida saudáveis, através de estratégias motivadoras às mudanças do

estilo de vida, como hábitos alimentares e sedentarismo, para, assim, conseguir controlar a ascensão da obesidade.

Tais estratégias necessitam de direcionamento simplificado e de baixo custo a fim de facilitar a adesão por parte da população. É necessário que estas medidas sejam tomadas precocemente, seja através de um adequado pré-natal, com controle e avaliação do aumento de peso da gestante, seja com educação em saúde, através de aconselhamento alimentar continuado. O incentivo a prática de atividades físicas regulares e alimentação saudável quando estimulados precocemente repercute de maneira positiva no crescimento saudável da criança, reduzindo a chance da mesma entrar em um quadro de obesidade (SILVA; SILVA, 2010).

De acordo com as autoras supracitadas, muitas patologias físicas e psíquicas da idade adulta são originadas na infância, portanto as medidas preventivas para o controle da obesidade devem ser efetivadas não somente pelos benefícios imediatos como também em longo prazo para uma qualidade de vida futura. Isto contribuirá também para a redução de gastos com a saúde uma vez que a obesidade traz consigo o aumento das morbidades e mortalidades.

É no espaço da atenção primária, que esta etapa de prevenção da obesidade se concretiza, visto que esta é disposta para o desenvolvimento de ações voltadas tanto para o coletivo quanto para o individual, promovidas, entre outros profissionais, pelo enfermeiro de cada Unidade Básica de Saúde (BRASIL, 2011).

### **3.2 A atenção primária à saúde e a prevenção da obesidade infantil**

Entende-se como Atenção Primária à Saúde (APS) o conjunto de ações na esfera individual e coletiva, que abrange a promoção e a assistência da saúde, através de ações que compreendem tanto a autonomia das pessoas como os fatores que determinam e condicionam a saúde da coletividade, a prevenção e redução de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Todas tem a finalidade de atuar de forma integral na situação de saúde e para tais fins, estas medidas são direcionadas através do trabalho em equipe atuando no cuidado e gestão de forma democrática e participativa. A atenção básica deve atender a demanda através dos princípios da equidade e universalidade, considerando o indivíduo, porém inserido em seu contexto sociocultural, a fim de prestar um cuidado integral (BRASIL, 2011).

Neste contexto existe a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), regida pela portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, que estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que vem fortalecer o serviço através de suas diretrizes. Dentre as responsabilidades corriqueiras a todas as esferas do governo podemos citar: a contribuição para a reorientação do exemplar de atenção e de gestão pautadas nos fundamentos e diretrizes assinalados; contribuição financeira tripartite da atenção básica; planejamento, apoio, monitoramento e avaliação da atenção básica; estímulo à participação popular e ao controle social, entre outras inerentes a política (BRASIL, 2012).

Portanto, é no âmbito da APS que se dá a prevenção da obesidade, uma patologia que vem ascendendo no país e no mundo, necessitando, portanto, de medidas preventivas eficientes para o controle de sua epidemiologia já que, uma vez instalada a doença, visto que esta é de difícil controle e seu tratamento pode ser considerado dispendioso, além dos agravos a esta relacionada.

Nesta perspectiva, o MS criou, em 2004, o Programa Nacional de Combate à obesidade (PNCO). Este programa incide num processo de cooperação e sociedade entre as esferas não governamentais, públicas e privadas, operando, entre outros, no campo da saúde, tendo em vista promover uma variação de conduta nos grupos de influência, nas instituições e na comunidade de forma multidisciplinar levando em consideração as influências culturais, sociais, ambientais e econômicas. Para sua maior eficácia faz-se necessário sua união com demais programas inerentes à prevenção de patologias ligadas à obesidade, a exemplo da diabetes e doenças cardiovasculares (SILVA; SILVA, 2010).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), criada em 2006, define ações específicas para a promoção de atividades físicas e alimentação saudável, incorporando em seus incisos ações como incentivar o consumo de alimentos saudáveis em ambientes como escolas e locais de trabalho, regular a publicidade e propagandas de alimentos, implementar ações de vigilância alimentar e nutricional para a prevenção e controle dos agravos e doenças decorrentes da má alimentação, além de ações voltadas para a prática de atividades físicas, tais como: capacitação dos trabalhadores de saúde para a promoção à saúde e atividade física focando na educação permanente, incluindo a avaliação como parte do processo, proporcionar melhoria das condições dos espaços públicos, como urbanização dos espaços públicos; criação de ciclovias e pistas de caminhadas, para a realização de atividades físicas segurança. Estas ações acima citadas fazem parte de um grupo de atos criados pela PNPS para melhoria da qualidade de vida da população, em especial, pra o controle das Doenças crônicas Não

Transmissíveis a exemplo da diabetes, a qual tem como fator de risco a obesidade (BRASIL, 2010).

O MS, através da portaria nº 2.715, de 17 e novembro de 2011, atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). Esta política designa a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, através da promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado absoluto dos agravos pertinentes à alimentação e nutrição (BRASIL, 2012).

Ainda neste contexto, o Ministério da Saúde criou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis, no qual prioriza, entre outros, a atividade física através do programa Academia da Saúde, bem como a alimentação com o incentivo ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável. Esforços ainda são lançados pelo país para a regulamentação da rotulagem dos alimentos e acordos com a indústria para a redução do teor das gorduras *trans* e redução de sal em 10% ao ano em alimentos industrializados. No presente plano são dispostas as ações de vigilância, informação, avaliação e monitoramento, promoção da saúde e do cuidado integral. É adotada como espaço para a disposição das premissas deste plano a atenção primária, já que esta intensifica seus esforços na promoção da saúde e na prevenção agravos como a obesidade (BRASIL, 2011; MACHADO; ALVES, 2012).

### **3.3 O papel do enfermeiro na promoção à saúde, prevenção e manejo da obesidade infantil**

A prevenção da obesidade incide na abordagem de estratégias que serão implementadas nos serviços de saúde da atenção de prevenção e recuperação da saúde com orientações acerca da alimentação saudável, importância, bem como encaminhamentos para os casos de risco, além da participação e coordenação de atividades de educação permanente (MARCHI-ALVES et al., 2011).

Uma etapa muito importante neste processo se concretiza através da consulta de enfermagem, regulamentada pela Lei 7.498/86 do Exercício Profissional da Enfermagem como privativa do enfermeiro. Esta atividade objetiva prestar uma assistência de enfermagem sistematizada, tanto individual quanto coletiva, avaliando e identificando problemas de saúde, e executando cuidados que contribuam para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde.



O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil é mais uma atividade realizada pelo enfermeiro. Nesta etapa são feitas mensurações dos índices antropométricos, que incluem peso, estatura, perímetros cefálico, torácico e abdominal, pregas cutâneas tríceps e subescapular, bem como a avaliação nutricional, na qual, a partir dela, será possível verificar o crescimento e as proporções corporais da criança. Este acompanhamento deve ser periódico a fim de detectar precocemente agravos à saúde da criança (MOTEIRO; CAETANO; ARAÚJO, 2010).

Através dessa consulta é possível identificar a obesidade na criança e, traçar diagnósticos de enfermagem que permitam estabelecer procedimentos para prevenção e intervenção nestes agravos. Além disso, as informações inerentes ao peso e demais índices antropométricos servirão de base para o aconselhamento à família acerca das necessidades de mudanças alimentares e no estilo de vida desta criança proporcionando em fim, o seu processo de cuidar (CAMPOS et al., 2011; MOTEIRO; CAETANO; ARAÚJO, 2010).

A avaliação do peso e medidas da estatura e do perímetro cefálico da criança é aconselhável para todas as consultas às crianças de até dois anos de idade e desta idade até os 10 anos são aferidos apenas o peso e a altura e IMC. Em ambas as faixas etárias, esses registros devem constar no gráfico do cartão. Porém o indicador de crescimento da criança mais adequado é a altura para a idade, contudo este não tem sido muito utilizado, representando o déficit antropométrico mais importante (BRASIL, 2012).

Neste interim a avaliação antropométrica, medida utilizada para acompanhar e monitorar o crescimento e desenvolvimento compõe um excelente indicador de saúde, visto que apresenta baixo custo e eficiência na identificação dos distúrbios nutricionais como importante subsídio para o estabelecimento de intervenções de promoção da saúde (SOUZA et al., 2013).

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) é uma ferramenta que compreende a dimensão do estado nutricional objetivando fazer o diagnóstico da situação alimentar e nutricional da população brasileira. O mencionado sistema afirma existir três maneiras de avaliar o estado nutricional de uma criança, as quais são sugeridas pela OMS e adotadas pelo MS para estimar o estado nutricional que são: peso por idade (P/I), onde expressa a massa corporal para a idade cronológica; altura por idade (A/I), a qual expressa o crescimento linear da criança; peso por altura (P/A), expressando a concordância entre as dimensões de massa corporal e altura. Como podemos perceber, este índice dispensa dados da idade. O Ministério da Saúde preconiza como classificação do estado nutricional infantil o percentil, que é definido como a medida estatística derivada da divisão de uma série de

observações em cem partes iguais e cada ponto desta divisão corresponde a um percentil. Os pontos de corte estabelecidos pelo SISVAN e adotados pelo Ministério da Saúde são os percentis 0,1; 3; 10 e 97. Este último identifica o risco de sobrepeso em crianças menores de sete anos, já para crianças entre sete e 10 anos de idade é recomendável a utilização dos índices Altura/Idade e Peso/Altura, mantendo os mesmos pontos de corte mencionados (LUGÃO et al., 2010).

[...] O percentil é uma grandeza não aritmética de origem posicional, proveniente da divisão de uma série de medidas em cem partes iguais, e estes dados estão ordenados em ordem crescente. É a escala mais utilizada na prática pediátrica devido a sua simplicidade e tem permitido a visualização do processo regular de crescimento dos pacientes ao longo do tempo. A desvantagem de avaliar as medidas antropométricas por meio da escala de percentil é a sua pouca discriminação de valores extremos [...] (ARAÚJO, CAMPOS, 2009, p. 220).

Uma forma de avaliação da obesidade, difundida mundialmente, é dada pelo IMC, arquitetado e desenvolvido por Quételet, porém, como já mencionado, este método dispensa informações como a idade, fornecendo apenas a classificação para indivíduos a partir dos 18 anos de idade. Para avaliação nutricional em crianças, recomenda-se a estimativa do IMC com o subsídio das curvas de referência. Este índice foi estipulado como um bom marcador de adiposidade e sobrepeso, além de seu valor na infância prever o IMC da vida adulta. O Ministério da Saúde recomenda a compreensão do peso, estatura/comprimento nas curvas de IMC por gênero e idade (ARAÚJO; CAMPOS, 2009; BRASIL, 2012).

Toda a avaliação da criança já mencionada faz parte de uma linha de cuidado inserida no processo de enfermagem, que deve estar presente em todas as situações e vivências, permitindo um fiel diagnóstico e uma adequada assistência pautada em práticas educativas coerentes com as necessidades da população.

Apesar da importância da identificação precoce do agravo e início da terapêutica, faz-se imprescindível trabalhar o quesito promoção à saúde, devendo, esse ser o primeiro objetivo do Enfermeiro e da Equipe de Saúde da Família a ser considerado em sua prática educativa. No contexto da saúde, existem três modelos que norteiam a prática educativa dos profissionais da saúde, os quais são: educação para a saúde ou educação sanitária; educação em saúde e educação popular em saúde. Esses são termos com significados e características distintas entre si, abrangendo elementos conceituais, políticos, éticos, de intencionalidade e de ações particulares (VERDI; BÜCHELE; TOGNOLI, 2010).

O primeiro mostra a educação como mero instrumento, onde é necessário educar para se obter saúde. Este modelo, que se assemelha ao modelo tradicional de saúde, de caráter

curativo e individual, tem por finalidade restaurar um padrão entendido como saudável, no sentido de adaptar o paciente a uma situação de normalidade, onde o profissional é detentor de todo o conhecimento e o usuário apenas um receptor passivo (VERDI; BÜCHELE; TOGNOLI, 2010).

Por outro lado, a educação em saúde é vista como um processo determinado socialmente vendo o indivíduo em suas relações bem como a materialização do seu problema. Procurar romper a verticalização entre profissional/paciente com uma nova visão do sujeito com potencial crítico, criativo, transformador da realidade, e, sobretudo, capaz de decidir a respeito de sua saúde (FIGUEIREDO; RODRIGUES-NETO e LEITE; 2010).

O terceiro modelo, da educação popular e saúde, quebra o paradigma tradicional em saúde, e mostra uma população mais autônoma, capaz de decidir por si e mais ativa, onde busca seu próprio bem e de sua comunidade. Onde há um pacto entre todos (indivíduo, família, profissional) no tocante à troca de experiências, em que o saber técnico do profissional não é anulado e o saber popular do indivíduo/família não é subestimado (VERDI; BÜCHELE; TOGNOLI, 2010).

A enfermagem, como arte do cuidar, visa uma assistência a pessoa numa perspectiva holística, onde a qualidade de vida no cotidiano, tanto do indivíduo, quanto de sua família e sua comunidade, é constantemente buscada através da promoção da educação em saúde. Deixando de lado a abordagem tradicional biomédica onde a doenças era vista como enfoque primordial. Neste contexto, a educação em saúde é considerada um importante instrumento na atuação do enfermeiro para o enfrentamento dos problemas que assolam sua comunidade. Uma vez que objetiva proporcionar o conhecimento e a autonomia do indivíduo no seu processo de saúde-doença, garantido através de um método dialógico e reflexivo a cerca dos problemas surgidos (SOUZA et al., 2010).

As ações de educação em saúde precisam ser realizadas por toda a equipe de saúde de forma constante e incansável frente ao usuário do serviço, a fim de estimular mudanças em seu estilo de vida e na forma de enfrentamento dos problemas que se perpetue e repercuta em sua comunidade (DUARTE; BORGES; ARRUDA, 2011).

Sendo assim, estas ações focalizam a edificação do conhecimento e as novas atitudes adotadas pelo indivíduo, expostos ou não a riscos a sua saúde, inserido em uma comunidade, que o distancie do processo de adoecimento, contemplando, assim, a prevenção e a promoção da saúde (FIGUEREDO; RODRIGUES NETO; LEITE, 2012).



Fonte: Internet, 2014.

## ***4 Percurso Metodológico***

## **4 PERCURSO METODOLÓGICO**

### **4.1 Tipo de Pesquisa**

A pesquisa proposta é do tipo exploratória e descritiva com abordagem qualitativa. A pesquisa exploratória tem a finalidade de elucidar, desenvolver e transformar conceitos objetivando formular problemas mais sucintos ou levantar hipóteses passíveis de pesquisas para serem estudadas posteriormente. Frequentemente este tipo de estudo constitui a primeira etapa de uma análise envolvendo revisão bibliográfica e documental. Já a pesquisa descritiva objetiva expor as características de uma determinada população por meio de estudos como a coleta de dados.

Tal estudo frequentemente é utilizado por pesquisadores sociais ao se preocuparem com a atuação prática. A abordagem qualitativa é caracterizada por ser um estudo onde existe uma íntima relação entre o sujeito da pesquisa, o pesquisador e o meio natural onde estes estão inseridos. Os fatos coletados são interpretados e de forma indutiva são atribuídos significados para estes. (GIL, 2009; KAUARK; MANHÃES; MEDEIROS, 2010; PRODANOV; FREITAS, 2013).

### **4.2 Cenário da Pesquisa**

A pesquisa foi desenvolvida nas Unidades Básicas de Saúde do município de Cuité-PB, o qual está situado na região centro-norte do estado da Paraíba, mesorregião do agreste paraibano e microrregião do Curimataú Ocidental. No último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE, 2010), a cidade apresentava uma população de 19.978 habitantes. O município conta com nove unidades de saúde da família sendo cinco localizadas na zona urbana e quatro na zona rural, com atendimento a todos os ciclos de vida (áreas de Saúde da criança, Saúde da mulher, Saúde do homem e Saúde do idoso). Sendo privilegiado, ainda, com a presença do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em uma das suas unidades a qual dispõe dos serviços de fonoaudiologia e psicologia.

### **4.3 Sujeito da Pesquisa**

A pesquisa foi realizada com seis Enfermeiras das Equipes de Saúde da Família da zona urbana e rural do município de Cuité-PB. A escolha das participantes foi realizada, seguindo-se os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos para esse estudo.

#### **4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão**

Fizeram parte da pesquisa aquelas enfermeiras que estavam em pleno exercício de suas atividades nas USF e que concordaram em participar do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Foram excluídas aquelas que se recusaram a participara da pesquisa, que estavam gozando de férias, licença ou afastadas por qualquer motivo durante o período de coleta.

#### **4.5 Aspectos Éticos**

A pesquisa foi realizada de acordo com os pressupostos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, a qual incorpora, seja pelo individual ou coletivo, quatro referenciais básicos da Bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. O estudo obedeceu ainda, as observâncias éticas estabelecidas pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem – Resolução nº. 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) onde, em seu capítulo III, aborda as responsabilidades, deveres e proibições concernentes ao ensino, pesquisa e produção técnico-científica. (BRASIL, 2012, COFEN, 2007).

As informações sobre a pesquisa estão descritas no TCLE o qual foi entregue aos participantes, e no qual os mesmos atestaram por meio da assinatura sua voluntariedade na participação da pesquisa, estando cientes da possibilidade de se retirar, antes ou durante o processo de coleta de dados, sem risco de qualquer penalização ou prejuízo pessoal, profissional ou financeiro. Os participantes tem a segurança do anonimato diante da publicação dos resultados, uma vez que seus discursos foram identificados por nomes abstratos representados por flores da bíblia.

Ainda de acordo com as exigências estabelecidas pela resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que orienta a prática da pesquisa com seres humanos, o presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e só foi iniciado após autorização do mesmo.

#### **4.6 Instrumento de Coleta de Dados**

O instrumento para coleta de dados foi um roteiro semiestruturado para entrevista (APÊNDICE B). As primeiras questões caracterizam os sujeitos da pesquisa e as demais buscaram atender aos objetivos do estudo (roteiro de entrevista). A opção por este tipo de

instrumento se justifica por permitir uma maior flexibilidade das perguntas consentindo uma melhor apropriação do fenômeno estudado (GIL, 2009).

#### **4.7 Procedimento para Coleta de Dados**

A coleta de dados ocorreu após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

As entrevistas foram agendadas previamente, realizadas individualmente e gravadas para garantia de um registro mais fidedigno das informações coletadas. Após o término das entrevistas, foi feita a transcrição na íntegra do material empírico, para posterior análise dos dados.

#### **4.8 Processamento e Análise de Dados**

O material empírico foi analisado pela técnica de análise de conteúdo temático ou categorial. Operacionalmente a análise temática desdobra-se em três etapas: 1) pré-análise – consiste na escolha dos documentos a serem analisados; na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa; e na elaboração de indicadores que orientam a interpretação final. Tarefas: *leitura flutuante* (tomar contato exaustivo com o material deixando-se impregnar pelo seu conteúdo) e *constituição do corpus* (organização do material de tal forma que possa responder a algumas normas de validade). 2) Exploração do material – consiste essencialmente na operação de codificação. Recorte do material em unidades de registro que podem ser uma palavra, uma frase, um tema, um acontecimento. Após, escolhe as regras de contagem e realiza a classificação e agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas que comandarão a especificação dos temas. 3) tratamento dos resultados obtidos e interpretação – o analista propõe inferências e realiza interpretações previstas no seu quadro teórico. (MINAYO, 2004).

Como resultado do processo de análise temática obtivemos seis categorias temáticas, que serão apresentadas no capítulo seguinte de resultados e discussão.



Fonte: Internet. 2014.

## ***5 Resultados e Discussões***



## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Fizeram parte da pesquisa seis enfermeiras, as quais receberam nomes abstratos de flores da bíblia: Açucena, Íris, Tulipa, Estrela de Belém, Flor do campo e rosa, por representarem, tal como a flor, toda beleza e sensibilidade que manejam do seu ato de amar e cuidar. Além dessa representação, tem-se desta forma a garantia do sigilo das entrevistadas, a fim de resguardar o seu anonimato. As enfermeiras possuíam idades compreendidas entre 25 e 44 anos. No que tange a formação acadêmica apenas uma das enfermeiras se formou em instituição pública e as outras cinco em instituições privadas, cujo tempo de formação variou entre 02 a 10 anos. Em relação à área de especialização identificou-se áreas distintas, como Urgência e Emergência, Saúde da Família, Enfermagem do Trabalho e Administração Hospitalar. Quanto ao tempo de permanência na unidade a qual trabalham, este obteve variância entre onze meses a oito anos de trabalho. O quadro 01 apresenta a caracterização dos sujeitos da pesquisa.

QUADRO 01 - Caracterização das enfermeiras da atenção primária do município de Cuité-PB

NOME	IDADE	SEXO	TEMPO DE FORMAÇÃO	INSTITUIÇÃO QUE SE FORMOU	QUAL ESPECIALIZAÇÃO?	TEMPO QUE TRABALHA NA ESF
<b>Açucena</b>	25 anos	F	02 anos	UERN	Urgência e Emergência	11 meses
<b>Íris</b>	28 anos	F	05 anos	UNESC	Saúde da Família	04 anos e meio
<b>Flor do campo</b>	28 anos	F	06 anos	FACENE	Saúde da Família, Enfermagem do Trabalho, urgência e Emergência	05 anos e 02 meses
<b>Rosa</b>	30 anos	F	08 anos	Santa Emília de Rodar	Enfermagem do Trabalho e Administração Hospitalar	08 anos
<b>Estrela de Belém</b>	38 anos	F	05 anos	FCCRN	Enfermagem do Trabalho	03 anos

<b>Tulipa</b>	44 anos	F	10 anos	UNIBAN	Saúde da família	05 anos
---------------	---------	---	---------	--------	------------------	---------

## 5.1 Categorias Empíricas

Por meio de incursões nos discursos das enfermeiras entrevistadas, foi possível apreender a realidade que se esboça na atuação dessas, em relação à promoção à saúde, prevenção e manejo da obesidade infantil no âmbito da ESF. Para tal fim, o discurso foi organizado de acordo com os objetivos propostos, onde, através de uma exaustiva análise, foi possível delegar sub-temas e, por conseguinte, os temas como resultado da análise.

Assim, no desdobramento da análise das entrevistas, foram definidas seis categorias temáticas: 1. Promoção da saúde e prevenção de doenças percebida como prática centrada nas individualidades, mudança de comportamentos e atitudes sem considerar as influências familiar, comunitária, social e ambiental; 2. O enfermeiro e os profissionais da saúde, como agentes detentores do conhecimento correto para tratar o problema e a negação da possibilidade da participação ativa dos sujeitos no processo; 3. Valores culturais, condutas, condições sociais e os estilos de vida dos sujeitos, como elementos dificultadores da prevenção e do manejo da obesidade infantil; 4. Ações preventivas com predomínio dos aspectos da prática clínica e utilização de metodologias de transferência de conhecimento na promoção à saúde, prevenção e manejo da obesidade infantil; 5. Educação em saúde apontada como mero instrumento, meio para se alcançar saúde; 6. Prática educativa reduzida a ações e técnicas de repasse de informações, com domínio exclusivo do “profissional”, sem favorecimento da participação dos sujeitos envolvidos.

### *5.1.1 Categoria 1: Promoção da saúde e prevenção de doenças percebida como prática centrada nas individualidades, mudança de comportamentos e atitudes sem considerar as influências familiar, comunitária, social e ambiental*

A promoção da saúde demanda uma visão ampliada do processo saúde-doença, no qual as ações dos enfermeiros voltadas ao modelo clínico, que visa somente à noção de cura das doenças, sejam substituídas por práticas que amplie a capacidade de autonomia dos indivíduos e dos grupos para o alcance dos seus objetivos pessoais e sociais, ou seja, de se tornar um sujeito saudável agindo para a transformação social (SOUZA et al., 2010).

O que percebemos nas falas das entrevistadas, é que no seu entendimento quanto àquilo que seria “promoção à saúde e prevenção de doenças” está restrito apenas as ações de saúde que visam desenvolver o conhecimento, habilidades e destreza para o autocuidado da saúde, por isso, sua prática educativa está limitada as questões de caráter curativo e preventivo (GONÇALVES et al., 2008). Para que seja possível contemplar a prevenção e a promoção da saúde é necessário considerar as pessoas em seu contexto familiar, comunitário, social e ambiental.

*“[...] Promoção da saúde e prevenção da doença consiste em sensibilizar a população a adotar comportamentos saudáveis. Promoção à saúde é fazer com que o indivíduo tenha a capacidade de se cuidar e de aderir a um plano, a um tratamento e assim, mudar hábitos pra prevenir doenças [...]”* **Açucena.**

*“[...] Através de informações com relação a atividades físicas, alimentação saudável [...]”* **Tulipa.**

*“[...] Na execução dos programas dentro do PSF, envolvendo os grupos principais como criança e idoso. Adultos acometidos pelas doenças, fazendo a promoção em si, dentro do acompanhamento do idoso. Na prevenção de doenças, de hipertensão, diabetes, das crianças diante da puericultura, diante do peso, perímetro cefálico e a questão da estatura. Não deixando chegar na parte curativa, mas passando as informações pra eles, essa é a questão da prevenção [...]”* **Rosa.**

A promoção da saúde deve partir de uma visão integral do ser humano, nesse entendimento, as ações de educação em saúde, são ações de promoção à saúde devem visar promover a autonomia dos indivíduos, a prevenção das condutas de risco em todas as oportunidades educativas, além de fomentar uma análise sobre os valores e condutas, condições sociais e estilos de vida dos sujeitos envolvidos.

Para Figueiredo; Rodrigues-Neto; Leite (2012) as atividades educativas em saúde devem nortear a construção de conhecimentos, bem como o desenvolvimento de práticas referentes à saúde, focando na prevenção de doenças e promoção de saúde, a fim de envolver toda a população no contexto de sua vida cotidiana, e não apenas as pessoas expostas a risco de adoecimento. Estas ações objetivam potencializar o empoderamento dos indivíduos e estimular o desenvolvimento da responsabilidade e da autonomia por sua saúde, transformando-os em sujeito capazes de tomarem suas próprias decisões, de modo a favorecerem mudanças nas suas condições de saúde.

*5.1.2 Categoria 2: O enfermeiro e os profissionais da saúde, como agentes detentores do conhecimento correto para tratar a obesidade e a negação da possibilidade da participação ativa dos sujeitos no processo*

A segunda categoria revelou-se a partir da percepção do enfermeiro acerca do seu papel no tocante a promoção, prevenção e manejo da obesidade infantil, bem como da forma de integração de ações na prevenção da obesidade infantil junto à equipe de saúde.

Podemos perceber nas falas das entrevistadas que estas têm a correta preocupação sobre a importância de prevenir a obesidade infantil nas suas ações, porém, essas ficam restritas as informações repassadas durante as consultas, não atentando para a questão da promoção, no sentido ampliado de propor à comunidade opções e espaços para repensar o processo saúde doença em suas facetas biológica, social, política e cultural, assim como a sua responsabilidade e participação.

*“[...] Eu acredito assim: o enfermeiro é peça fundamental na prevenção de doenças. Principalmente o enfermeiro da Estratégia Saúde da Família que tem uma das atuações é a prevenção de doenças, e daí o papel do enfermeiro é orientar a população, é mais na parte de educação em saúde é prevenir essa obesidade e daí detectar essa obesidade e dar todo o encaminhamento [...]” **Açucena.***

*“[...] Na unidade básica, o que a gente pode fazer aqui pra prevenir a obesidade em criança é o acompanhamento todos os meses do desenvolvimento dela, e a partir de zero a dois anos eu acompanho no peso, na alimentação [...]” **Estrela de Belém.***

*“[...] É o seguinte, a gente faz a puericultura até os dez anos de idade, e através da puericultura a gente analisa as crianças que estão com obesidade ou com sobrepeso. A partir daí, além do encaminhamento pra o nutricionista, a gente faz todos os exames, porque ela só atende com todos esses exames em mãos [...]” **Flor do campo.***

*“[...] Através do acompanhamento da puericultura, pesando a criança mensalmente até os dois anos, que é uma idade em que a gente observa a mudança de alimentação. Então acompanhando mensalmente o peso e a alimentação da criança [...]” **Rosa.***

A educação para a saúde - educação como meio para se alcançar a saúde, sempre terá como finalidade restaurar um padrão entendido como saudável, no sentido de adaptar o paciente a uma situação de normalidade. Desta forma, o profissional de saúde assume um papel onde detém um conhecimento correto para tratar cada problema, porém, negando a

possibilidade de participação ativa dos sujeitos nos processos terapêuticos. Sendo assim, estes indivíduos acabam assumindo uma postura passiva de aceitar as orientações, medicamentos, procedimentos e demais intervenções impostas nos seus corpos, mentes e vida (VERDI; BÜCHELE; TOGNOLI, 2010).

Tais características remete-nos ao modelo biomédico, no qual os profissionais de saúde detêm o saber, e, conseqüentemente, o poder de decidir sobre suas doenças, corpos, enfim, sobre suas vidas. Porém, estamos vivenciando um novo modelo de saúde onde o processo saúde-doença é reconhecido como processo determinado socialmente, contudo sem descaracterizar a materialização do sofrimento no corpo, nas relações do sujeito. Dessa forma o papel do profissional Enfermeiro e da equipe de saúde, deve ser facilitar o processo crítico-reflexivo que conduzirá a pessoa a melhor escolha e decisão. A educação nesse caso está imbricada na ação de saúde, indissociada da prática cotidiana da equipe de saúde. (VERDI; BÜCHELE; TOGNOLI, 2010).

O modelo de saúde atual requer esforços no sentido de que os profissionais de hoje vejam o paciente como forma integrante do seu próprio cuidado. Neste interim o paciente não é mais visto somente no enfoque da sua doença, mas sim, como ser inserido em um contexto biopsicossocial que, por sua vez, tenha de certa forma ocasionado seu problema. Portanto, faz-se necessário um olhar mais subjetivo em sua forma de tratar e fazer este indivíduo entender esses determinantes e contribuir em seu tratamento.

No ato da educação em saúde os sujeitos e os grupos devem ser instigados pelo enfermeiro a refletir sobre seu contexto como estratégia para conscientização, que deve questioná-los acerca das responsabilidades e direitos à saúde, estimulando ações que atendam aos princípios do SUS. E assim, perceber o principal objetivo desta ação que é promover a saúde para que as pessoas tenham qualidade de vida, e se tornem indivíduos conscientes e responsáveis pela sua própria saúde, intervindo no ambiente que gere manutenção desta. Para isso, o processo educacional utilizado deve considerar uma relação social entre educando e educador (SOUZA et al., 2010).

As falas a seguir retratam a atuação destas profissionais junto a sua equipe, demonstrando que estas têm a preocupação de incluir os demais membros da equipe nas ações de educação em saúde e prevenção da obesidade, porém por meio de um processo passivo onde pouco se vê a inclusão da comunidade como agentes autônomos e responsáveis pela sua saúde.

*“[...] Através da educação em saúde a gente faz encontros, reuniões com os Agentes de saúde, para que os agentes passem informações,*

*porque eles estão mais perto da população. Eles vão identificar os casos de obesidade infantil e trazer pra mim, pra equipe, então é mais na parte de educação em saúde. Todo mundo é peça fundamental e na identificação dos casos, principalmente o agente de saúde [...]*  
**Açucena.**

*“[...] Têm a produção mensal que a gente estuda algum caso que exista, juntamente com os agentes de saúde, com o médico, muitas vezes também com o dentista, a gente interage pra discutir alguns casos, para ver a melhor forma de se chegar a essa família e assim tomar as devidas providências e encaminhamento [...]*” **Íris.**

*“[...] A gente faz palestra com as crianças e com as mães também. Nas escolas e como fica mais complicado pras mães irem, a gente faz com as crianças. Já teve algumas escolas que a gente conseguiu envolver os pais também. Porque a gente acha o seguinte: não adianta dá uma palestra só pra criança se essa mãe também não se conscientizar certo? [...]*” **Flor do campo.**

*“[...] Primeiramente junto à equipe em termo de promoção com palestras, com educação com as mães. A consulta de 2 em 2 meses com a médica pra fazer o seu papel de acompanhamento. E na parte principal que é a enfermeira que acompanha de perto mensalmente a questão com a criança. Então, a gente faz assim, primeiramente a educação em saúde e segundo acompanhamento diretamente com a mãe observando as características da criança, o seu desenvolvimento [...]*” **Rosa.**

Corroborando com essa pesquisa, Alves e Aerts, (2011), afirmam que as diretrizes da Estratégia Saúde da Família objetivaram romper com o comportamento passivo das equipes de saúde e estender as ações de saúde para toda a comunidade. Sendo assim, as equipes devem atuar de forma a desenvolver e fortalecer a participação popular, através da disponibilidade interna de interação com os usuários e o compromisso de utilizar a comunicação como instrumento terapêutico e promotor da saúde. Nesse sentido, indivíduos e famílias devem ser assistidos antes do surgimento de problemas e agravos a sua saúde.

Os profissionais que ultrapassam o trabalho disciplinar para o trabalho em equipe oportunizam, com maior facilidade, a realização de diagnósticos comunitários, planejamento das ações, atendimento integral e educação em saúde. É através da comunicação permanente e efetiva entre os profissionais que acontece o trabalho em equipe. E ainda através desta, que é estabelecido o processo de trabalho da equipe, de cuidado do usuário, articulados com o processo de gestão das ações na unidade básica de saúde, o que possibilita identificar as necessidades e dificuldades, bem como produzir soluções conjuntas, como um espaço de pactuação permanente (VERDI; BÜCHELE; TOGNOLI, 2010).

A oportunidade de interação, tanto entre os membros da equipe, quanto com a comunidade, faz surgir vastas possibilidades de enfrentamento dos problemas que acometem esta última, além de planos para a promoção da saúde da mesma. Para que este processo se consolide a valorização da comunicação tem que existir, bem como a fusão de ideias a fim de efetivar um plano de cuidado adequado para cada situação, levando em consideração as reais necessidades da comunidade.

### *5.1.3 Categoria 3: Valores culturais, condutas, condições sociais e os estilos de vida dos sujeitos, como elementos dificultadores da prevenção e do manejo da obesidade infantil*

As falas a seguir retratam o que as enfermeiras conseguem identificar como barreiras enfrentadas para a prevenção e manejo da obesidade infantil. É notória a dificuldade que as mesmas têm para a resolução do problema.

*“[...] Uma das principais dificuldades é lidar com os pais. Principalmente no manejo, às vezes os pais se recusam a aceitar que os seus filhos estão obesos, acredito que essa é a principal dificuldade é os pais entenderem que aquela criança precisa de um acompanhamento nutricional para tratar essa obesidade [...]”*  
**Açucena.**

*“[...] Muitas vezes é o nível de informação das famílias, apesar da gente dar as orientações não são todos que seguem a risca, o nível social também influencia na alimentação da criança, porque muitas vezes ela não tem o que a gente pede pra elas comerem, temos que ver a realidade dela para orientar melhor. A dificuldade muitas vezes é nesse nível social, na qualidade de vida dessa criança. Muitas vezes a mãe também, não segue a risca as orientações, acha que é normal a criança está assim (com sobrepeso), sinto dificuldade nisso [...]”*  
**Íris.**

*“[...] Muitas vezes são os próprios pais, porque os pais veem a criança gordinha como a criança saudável e a gente não ver por esse lado. Então a dificuldade maior é você trabalhar com os pais. Eles não trazerem a criança pra unidade, nem todos trazem. O Agente Comunitário fica em cima todos os meses pra gente medir, pesar, e ver como é que está o desenvolvimento [...]”*  
**Estrela de Belém.**

*“[...] Minha maior dificuldade quando eu vou falar em alimentação saudável com as mães, é que elas alegam a dificuldade financeira. O quanto se gasta para fazer uma dieta? Quanto a gente gasta com fruta, com verdura? Imagina essas mães. Hoje em dia tem alimentos que já estão prontos. Elas (as mães) não querem fazer suco, preferem*

*refrigerante, quando oferecem suco, elas geralmente compram aqueles artificiais [...]*” **Flor do campo.**

*“[...] A criação de dentro de casa, principalmente com avós, influencia bastante. Por exemplo, seis meses, que é a mudança de alimentação, não é só aleitamento materno. Aí empurra leite! Muitas vezes até leite de gado sem saber a questão da diluição, já por informação de pessoas antigas, Apesar de a gente dizer o que é o certo e errado, mas escuta mais os avós do que a gente [...]*” **Rosa.**

A falta de uma visão ampliada sobre a abordagem de cunho social faz com que o profissional de saúde não enxergue um modo de agir, frente a esta situação, que seja diferente do modelo tradicionalista, muitas vezes atendo-se apenas ao repasse de orientações.

O modelo tradicional de Educação em Saúde constitui uma forma de educar, de acordo com Freire, tido como educação bancária, onde o papel do educador consiste em “encher” os educandos de conteúdos, fazendo depósitos de informações. Sendo assim, quem recebe os conhecimentos é caracterizado como passivo moldados a uma realidade (FIGUEREDO; RODRIGUES-NETO; LEITE, 2010).

A educação em saúde tradicionalista impõe as mudanças de pensamento e comportamento das pessoas, porém, os profissionais que adotam esta abordagem não se detêm as influências que os fatores socioeconômicos, culturais e espirituais exercem sobre o processo saúde e doença da comunidade. Logo, para que haja uma atuação profissional condizente e eficaz com as necessidades da comunidade é relevante que existam ações educativas vinculando este público à equipe, bem como demonstrar a importância de todos participarem na execução de decisões, objetivos e propostas que visem à promoção da saúde (ROECKER; MARCON, 2011).

Neste contexto, as relações entre as equipes de saúde e os usuários dos serviços, dentro do enfoque da educação popular, são percebidas como um processo que permite uma troca de aprendizados envolvendo crenças, valores e percepção de mundo. Igualmente, no intuito de capacitar a população para o enfrentamento de situações que possam expô-los à riscos, a equipe deve atentar para as diferenças culturais e determinar uma educação humanizadora, crítico-reflexiva e que propicie a autonomia do sujeito. Além disso, é necessário perceber os diferentes sujeitos como seres complexos, reconhecendo a relatividade de cada interpretação e assim, entrelaçar suas expectativas e contextos (ALVES; AERTS, 2011).

Portanto, isto não deve ser visto como valorização do saber popular, haja vista que este está repleto de contradições, incertezas e preconceitos, nem tampouco o saber científico, com as suas „certezas científicas indiscutíveis“, mas sim, compreendido como algo respeitoso ao



saber popular acrescido do reconhecimento do saber científico que se torna condescendente para o desenvolvimento da educação em saúde pautada no SUS (OLIVEIRA; WENDHAUSEN, 2014).

O profissional deve instigar o indivíduo a ser percebido como sujeito ativo, capaz de se mobilizar para a busca de sua própria melhoria. Isto acontece quando há a aceitação de que a pessoa que procura o serviço está inserida em um contexto sociocultural, que tem crenças e costumes particulares, e não como alguém que tem uma patologia a ser tratada ou traz riscos para tal fim.

#### *5.1.4 Categoria 4: Ações preventivas com predomínio dos aspectos da prática clínica e utilização de metodologias de transferência de conhecimento na prevenção e manejo da obesidade infantil*

A transmissão de conhecimento se dá através do processo educacional no qual alguém detém o conhecimento e transmite para outro que é tido como leigo e ignorante. Segundo esta lógica, o suposto detentor assume funções de aconselhar, corrigir e vigiar quem deve aprender o conteúdo. Sendo assim, o profissional deve atentar para não se tornar dominador e, portanto, o único responsável pelo processo educativo; há uma ênfase na repetição e, geralmente, não há preocupação com a realidade social nem com as crenças e valores do outro. Nessa linha de pensamento, o profissional espera que o indivíduo mude seu comportamento em função do que lhe foi ensinado (VASCONCELOS et al, 2009).

Este tipo de abordagem segundo Figueiredo; Rodrigues-Neto; Leite (2012) pode dificultar o alcance do objetivo de estimular os indivíduos a se responsabilizarem pela sua saúde, uma vez que controla seus pensamento e ações impondo-os o que se acha mais coerente.

Assim, ao fazer uso de técnicas de transmissão do conhecimento os enfermeiros deixam para trás a oportunidade das pessoas poderem participar desse processo de aprender. Nesse formato elas se tornam meras expectadoras, que recebem o conhecimento do profissional. No entanto, é importante que haja aprendizado pela descoberta e pela crítica também.

Nesta categoria, observou-se a utilização deste tipo de abordagem, assim como a adoção das práticas clínicas, como a única estratégia para a prevenção e manejo da obesidade infantil.

*“[...] a gente faz as consultas de puericultura, é uma das formas de tá prevenindo a obesidade infantil, a partir dessas orientações que eu dou nessas consultas, além disso, eu não tenho um trabalho, assim, um grupo, sabe? De estar fazendo essas atividades de ações educativas constantemente, infelizmente não tenho. Eu faço as ações de saúde só nas consultas de enfermagem de puericultura, e uma vez ou outra eu falo sobre alimentação saudável, mas consiste mais nas consultas de puericultura e eventuais encontros com a população em geral [...]”* **Açucena.**

*“[...] Seria com ações, orientações por parte de toda equipe, partindo dos agentes de saúde até aqui nos consultórios, ou seja, toda a equipe que trabalha voltada a orientar essa mãe sobre uma boa alimentação para o seu filho. Planejando também ações educativas/PSE que é nas escolas, orientando também os professores, tudo isso a gente tenta interagir pra trabalhar da melhor forma [...]”* **Íris.**

*“[...] Orientação, desde o primeiro mês de vida, quanto ao aleitamento materno e início de outros alimentos [...]”* **Tulipa.**

*“[...] A gente faz palestra, chama os pais pra participar. Procuramos fazer com que eles interajam junto àquela ação que fazemos. Vamos para as escolas, pois tem o PSE, lá a gente fala também sobre a obesidade e sobre a alimentação correta [...]”* **Estrela de Belém.**

*“[...] Primeiro é como eu já tinha falado anteriormente, é a palestra com mães, filhos e as crianças, e assim, a gente nota que tem surtido efeito. Até quando a gente conversa com a nutricionista ela fala. E têm outras atividades que são realizadas dentro da puericultura. Mas essa atenção, não só para o sobrepeso, mas pra o baixo peso também, é o momento que a gente detecta se essa criança está acima, abaixo ou se o peso dela está normal e encaminha para o nutricionista [...]”* **Flor do campo.**

*“[...] É palestras nas escolas, até quatro, cinco anos. Prática educativa com as crianças, mostrando a elas... comendo as coisas erradas o que pode ocasionar. A gente trabalha com a pirâmide alimentar e também de acordo com a conversa com a mãe, a gente explica exatamente o que ela tem que seguir e o porquê não seguir determinadas coisas [...]”* **Rosa.**

Podemos perceber que há esforços destes profissionais em proporcionar formas de educação em saúde, seja durante a consulta de puericultura, ou em ações focadas no PSE. Nos discursos das enfermeiras observamos que estas ações são realizadas, porém, com caráter preventivo, onde é evidente a ausência de práticas para promoção à saúde.

Essas práticas educativas assumem um novo caráter, uma vez que seu eixo norteador é o fortalecimento da capacidade de escolha dos sujeitos. Esta abordagem deve proporcionar à

população as condições necessárias para melhorar e exercer o controle sobre sua saúde, envolvendo: paz, educação, moradia, alimentação, renda, ecossistema estável, justiça social e equidade. Contudo, para que seja possível promover a saúde, as informações necessitam serem trabalhadas de forma simples e contextualizada, capacitando as pessoas para fazerem escolhas mais saudáveis de vida (ALVES; AERTS, 2011).

Existe uma diferença entre estas duas práticas de saúde, já que a prevenção tem foco no indivíduo que está doente ou tem risco de adoecer, ao passo que a promoção à saúde está voltada para nosso contexto social, e oportuniza ser desenvolvida em qualquer ambiente, seja em consultas clínicas, visitas domiciliares, escolas e creches. A semelhança entre as duas está em objetivar desenvolver conhecimento, habilidades e destreza para o autocuidado em saúde, além da prevenção de condutas de risco (GONÇALVES et al., 2008).

Porém, o sucesso da promoção em saúde está na forma como esta se desenvolve, ocasionando no indivíduo uma análise sobre seus valores, condutas, condições sociais e os estilos de vida dos sujeitos envolvidos. Ou seja, não está focada nas individualidades, tentando mudar comportamentos e atitudes, sem considerar as inúmeras influências provenientes da realidade em que os sujeitos estejam inseridos.

#### *5.1.5 Categoria 5: Educação em saúde apontada como mero instrumento ou meio para se alcançar saúde*

Esta categoria surgiu a partir do entendimento das profissionais acerca da importância da educação em saúde para promoção à saúde e prevenção da obesidade. Nas falas das entrevistadas fica evidente que a forma de educar em saúde para estas se reflete no repasse de informações.

*“[...] Educação em saúde é fundamental pra informar a população, para construir conhecimento a cerca das práticas de alimentação que a gente adota que contribuem para uma série de doenças. Então assim, educação em saúde é importante, mas tem suas limitações, aí é uma coisa que você vai aos poucos [...]” Açucena.*

*“[...] É muito importante, quanto mais educação a gente passar, quanto mais informações, tanto os familiares quanto a população em si vai começar entender que realmente é desse jeito. Porque ele vai ver o que a gente tá falando e vai se adequando a situação que ele vive e vai tomar pra si uma qualidade de vida melhor, uma alimentação mais saudável, tudo que a gente puder orientar a gente*

*orienta aqui e a partir daí dar uma qualidade de vida melhor a essas pessoas [...]*” **Íris.**

*“[...] Eu acho importantíssimo. Porque às vezes, certas atitudes são realizadas por falta de informação. Educação em saúde é algo tão simples de ser feito e que tem resultados tão positivos. O custo é tão baixo. E às vezes por falta de informação determinadas pessoas não tem certas atitudes porque não são informadas daquilo, não tem estímulo. Então eu acho que a educação em saúde é de extrema importância pra tratar a obesidade infantil [...]*” **Flor do campo.**

*“[...] A educação em saúde é um esclarecimento. É uma coisa que sempre tem que está em cima, principalmente com as mães, porque as crianças elas absorvem. Então assim, a educação em saúde é conversando com as mães, fazendo palestras como forma de esclarecimento, não que elas não saibam, mas sempre informando, ao mesmo tempo educando, dizendo o ideal e o certo pra criança [...]*” **Rosa.**

Percebe-se ao longo da análise que os resultados estão muito coerentes e interligados em todas as falas. As enfermeiras falam de educação em saúde, mas com o enfoque no modelo tradicional de assistência. Desta forma, a educação em saúde assume uma postura apenas de informar, orientar, esclarecer sobre as condições necessárias para reverter o agravo, sem se preocupar com a promoção da saúde destas pessoas.

Confirmando isto, Verdi; Büchele; Tognoli, (2010) afirmam que este tipo de educação é vista como educação para a saúde, sendo atribuída apenas como um meio para se alcançar a saúde. Aproximando-se, então, do modelo biomédico, ou seja, de forma clínica-individual, o qual impõe às pessoas a ideia de que sua doença pode ser tratada e até mesmo curada, independente das condições contextuais e sociais, através de uma postura autoritária.

Corroborando com o estudo, as autoras Machado; Wanderley, (2012), afirmam que as práticas educativas em saúde, além de serem úteis para a formação permanente de profissionais a fim de atuar na promoção da saúde e prevenção da obesidade, tem como significância maior o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas visando à melhoria da qualidade de vida e saúde da comunidade assistida pelos serviços, norteadas pela promoção da saúde, através de sua política nacional, a qual reforça que a educação e a saúde são práticas sociais inseparáveis e interdependentes que sempre estiveram articuladas, sendo basilares para o processo de trabalho na saúde.

A educação em saúde deve superar o modelo tradicional de saúde e ampliar sua forma de atuação indo além de ações individualistas com finalidades curativas. Para que assim, deixe de ser um simples instrumento de transmissão de informações, no qual o educando é

visto como um sujeito passivo e receptor do conhecimento que será fornecido pelo que se apresenta como detentor de todo conhecimento. Este tradicional modelo clínico faz-se contraditório à saúde pública, uma vez que não assume condições necessárias para promover a saúde da população (SOUZA et al 2010).

Este modelo de educação em saúde contribui para a promoção da saúde uma vez que é visto como um importante facilitador para a capacitação da comunidade. Para o alcance destes resultados os profissionais de saúde e os usuários precisam efetivar a comunicação baseado na escuta terapêutica, no respeito e na valorização das experiências, na interação e aceitação do outro, a fim de construir, junto à comunidade, novos saberes e práticas cotidianas (CERVERA; PARREIRA; GOULART, 2011).

Deixando de lado o enfoque individualista e passando a ver a educação em saúde de forma ampliada, onde o sujeito está inserido em contexto social, esta passa a objetivar e investigar a reflexão crítica das pessoas para que estas assumam seu papel de sujeito ativo no seu processo de saúde-doença. Isto se dá não através de um simples repasse de informação, mas sim, de uma relação dialógica entre profissional/ comunidade.

*5.1.6 Categoria 6: Prática educativa reduzida a ações e técnicas de repasse de informações, com domínio exclusivo do “profissional”, sem favorecimento da participação dos sujeitos envolvidos.*

Os discursos apontaram resultados diferenciados, haja vista que na maioria das falas percebemos o quão enraizado no modelo tradicional estão suas práticas, ao passo que outras se preocuparam em inserir a população em suas ações buscando a interação entre eles.

*“[...] A metodologia de ensino seria no caso explicar os riscos e benefícios, de uma dieta ruim, de uma dieta saudável, tentar explicar no caso fazendo as atividades educativas, tanto nas escolas como também na unidade de saúde. O método seria palestras mesmo, palestras, álbum seriado, a gente traz folhetos informativos [...]” Íris.*

*“[...] Palestras [...]” Tulipa.*

*“[...] Palestras, rodas de conversa com os pais. A gente muitas vezes planeja até, assim, se a mãe não pode que o pai também interaja junto à Unidade [...]” Estrela de Belém.*

*“[...] Bem, são basicamente essas: palestras. A gente detecta quais são as crianças que estão com sobrepeso e baixo peso também e aí a gente montou um grupo, fizemos as orientações e pedimos para cada*

*uma descrever quais eram as dificuldades encontradas [...]” Flor do campo.*

*“[...] Palestras, no dia de puericultura, quem faz é a enfermeira, a médica participa mais na questão da consulta. Então, no dia da puericultura se forma um grupo, mas como forma de conversa, cada um conta sua experiência e cada um contando sua experiência, elas veem o que é correto e ideal para a criança [...]” Rosa.*

Como meios para efetivarem suas práticas educativas, percebemos que as enfermeiras utilizam desde palestras, álbuns seriados, diálogo individual entre as consultas, até rodas de conversas, demonstrando uma intenção em proporcionar à comunidade a participação, dessa forma é possível verificar que algumas enfermeiras adotam uma postura mais próxima de uma abordagem social ao mostrarem interesse em interagir e entender os usuários daquele serviço.

O tipo de abordagem utilizada traduz o sucesso ou não, das ações de educação em saúde, uma vez que pode proporcionar ou não, a aproximação do público entre si e com o profissional. Um exemplo de abordagem interativa é a roda de conversa, que se apresenta como estratégia transmissora de condução, de continuidade e de reciprocidade, de participação democrática, harmonizando a relação entre os sujeitos de forma horizontal para a interação dos diferentes saberes (MACHADO; WANDERLEY, 2012).

Por outro lado, apesar de ser uma das técnicas mais utilizadas, as palestras em sua maior concentração, tende a ser uma abordagem verticalizada, que impõe o conhecimento científico e muitas vezes responsabiliza unicamente o sujeito pela sua doença, ao passo que designa a ideia de que ela é causada pela falta de cuidado do mesmo com sua saúde. Além disso, elas são programadas e organizadas por temas que, via de regra, não tem a participação popular em sua escolha. Este tipo de técnica, usualmente, se limita à simples transmissão de conteúdo acrítico e descontextualizado, já que estas abordagens não representam suas atividades cotidianas. Portanto, esses momentos educativos não são valorizados no processo de trabalho, que assume uma prática clínica, individual e curativa (ALVES; AERTS, 2011).

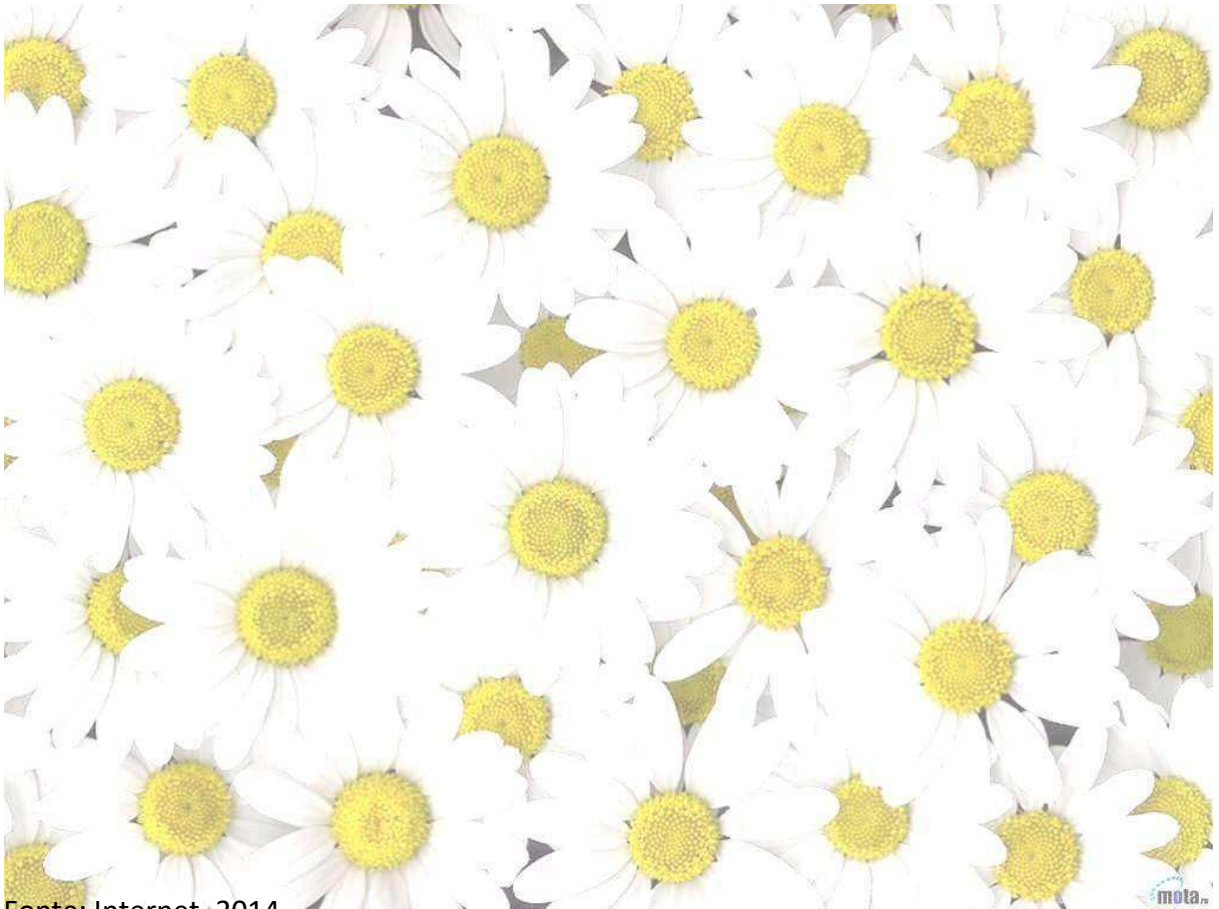
Mesmo que as ações educativas aconteçam em cenários propícios como a escola, se a forma e as metodologias utilizadas não promoverem uma reflexão ou interação entre o profissional e o público alvo, não haverá a troca de conhecimento e se restringirá apenas ao repasse de informações, não sendo possível, assim, atingir o seu objetivo, que é o despertar crítico para a realidade social, política e cultural, arcabouço do processo saúde doença.

Para se conseguir alcançar o objetivo de emancipação do sujeito, através da educação em saúde, é necessário que suas ações sejam problematizadoras da realidade, tentando buscar

soluções originais e criativas para a resolução do problema. Numa visão tradicionalista a busca dessa finalidade se dá através do simples repasse de informação, onde o conhecimento é imposto por alguém que acredita unicamente que o detêm, numa relação em que o profissional de saúde é o que sabe e os usuários não, ou o profissional é o que pensa, determina uma ação e a prescreve; enquanto os usuários somente escutam e seguem a prescrição; adaptando-se às determinações. Na transformação deste conceito faz-se necessário apurar a habilidade de perguntar o relevante numa dada situação, para, então, entender e resolver adequadamente os problemas identificados (VERDI; BÜCHELE; TOGNOLI, 2010).

Nesse sentido, a abordagem crítico-reflexiva permitida através do contato mais íntimo com a comunidade, beneficia a troca de ideias e experiências entre trabalhador e usuário. Este enfoque oportuniza o estabelecimento desse novo modo de comunicação sem opressão e induções. Por meio do conhecimento da comunidade dentro do seu contexto, ou seja, considerando suas experiências, é possível instigar o indivíduo a ter autonomia e autoestima para que este possa exercer seu papel social (OLIVEIRA; WENDHAUSEN, 2014).

Confirmando isto, Alves e Aerts (2011) afirmam que ao iniciar um diálogo com o usuário, o profissional deve se preocupar com o entendimento do conteúdo deste, ao passo que o não entendimento do que está sendo passado pode acarretar sérios riscos à saúde da comunidade. A comunicação se caracteriza pelo exposto, pois para que esta seja efetivada é necessário que ocorra escuta, a observação e a interação entre as pessoas, partindo do interesse e disponibilidade interna do trabalhador. Através da troca de conhecimentos, crenças e valores, podem existir acordos que norteiem comportamentos e viabilizem a saúde e a vida.



Fonte: Internet, 2014.

## ***6 Considerações Finais***



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na atenção primária a promoção à saúde e a prevenção de doenças se dá por meio da educação em saúde. O enfermeiro deve tê-la como uma importante ferramenta para uma práxis que deverá ir além do consultório ou da Unidade, atingindo toda a família e comunidade na qual o sujeito está inserido. Esta prática é oportunizada pela efetivação da comunicação entre o profissional e o usuário para se alcançar a saúde da comunidade.

Identificou-se através deste estudo, que as enfermeiras da ESF do município de Cuité-PB adotam uma abordagem pautada no modelo tradicional de saúde, onde a doença é vista como fator determinante do cuidado a ser implementado, limitando suas estratégias ao repasse de conhecimento, necessário apenas para a garantia da prevenção e autocuidado do indivíduo. Porém, a promoção à saúde, medida que assim como a prevenção é pautada nos preceitos do SUS, não é alcançada, em virtude da falta de flexibilidade que este modelo impõe.

O novo modelo de assistência, onde o processo saúde-doença é visto como determinado socialmente, defende que as pessoas devem ser vistas como um todo, ou seja, em seu contexto familiar, comunitário, social e ambiental e o senso crítico acerca dos fatores nocivos deve ser instigado a essas pessoas para que possam de fato se tornar sujeitos ativos em seu processo de saúde-doença e assim, exercer sua cidadania. Seguindo estes passos os profissionais de saúde conseguirão, portanto, promover a saúde de sua comunidade. É necessário, então, que todos os envolvidos no processo de saúde, do município em questão, busquem continuamente a atualização das novas práticas de cuidado e ensino em saúde.

Deste modo, cabe aos gestores públicos competentes fomentar a capacitação destes profissionais a cerca do presente assunto através da educação permanente, medida proposta pelo MS a fim de aperfeiçoar e potencializar os conhecimentos e práticas daqueles que já trabalham na saúde.

Por fim, espera-se que este estudo possa gerar uma reflexão aos profissionais de enfermagem acerca da fragilidade na assistência voltada ao público em questão, bem como apontar para a necessidade de mais discussões a respeito de novas práticas efetivas para a atuação do enfermeiro da atenção primária frente à promoção à saúde, prevenção e manejo da obesidade infantil.

## REFERÊNCIAS

ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010**. 3º ed. AC Farmacêutica, Itapevi, SP, 2009.

ALVES, Daniela Marina Dias. Obesidade Infantil: **Programa multidisciplinar de intervenção em alunos do 6º ano**. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina. Universidade da Beira Interior. Faculdade de Ciências da Saúde. Covilhã, Portugal, 28 de Maio de 2010.

ALVES, Gehyse Guimarães; AERTS, Denise. As práticas educativas em saúde e estratégia saúde da família. **Ciencia & Saude Coletiva**. [Canoas RS]. 16(1): 319-25, 2011.

ARAÚJO, Ana Cristina Tomaz; CAMPOS, Juliana Álvares Duarte Bonini. Subsídios para a avaliação do estado nutricional de crianças e adolescentes por meio de indicadores antropométricos. **Alimentos e Nutrição Araraquara**, v. 19, n. 2, p. 219-225, 2009.

ARAÚJO, Sarah Nilkece Mesquita, et al. Obesidade infantil: conhecimentos e práticas de enfermeiros da Atenção Básica. **Enfermagem em Foco**, v. 3, n. 3, 2012.

ARAÚJO Clarissa Queiroz Bezerra de et al. Obesidade Infantil versus Modernização: uma revisão de literatura. **TEMA-Revista Eletrônica de Ciências** (ISSN 2175-9553), v. 8, n. 12, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília - DF, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 272 p, **cadernos de Atenção Básica**, nº 33. Brasília, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho nacional de saúde. Resolução CNS nº 466, de 12 de dez de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da Oficial da União**. Brasília, DF, p.29, 2012.

BRITO, et al. Riscos da obesidade infantil: intervenção educacional da equipe multidisciplinar do projeto DANT. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE , 12., 2013, Belém. **Anais**, p. 949, 2013.

CAMPOS, Roseli Márcia Crozariol; et al. RIBEIRO, Circéa Amália; SILVA, Conceição Vieira da; SAPAROLLI, Eliana Gomes Leite. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 3, p. 566-74, 2011.

CERVERA, Diana Patrícia Patino; PARREIRA, Bibiane Dias Miranda; GOULART, Bethania Ferreira. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). **Ciência & Saúde Coletiva** [Uberaba, MG], 16 (supl. 1), 1547-54, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 311/2007 de 08 de fevereiro de 2007**. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2007.

DUARTE, Sebastião Junior Henrique; BORGES, Angélica Pereira, ARRUDA, Giselle Lira de. Ações de enfermagem na educação em saúde no pré-natal: relato de experiência de um projeto de extensão da universidade federal do Mato Grosso. **R. Enferm. Cent. O. Min.** 2011 abr/jun; 1(2):277-282

FELISBINO-MENDES, Mariana Santos; CAMPOS, MirelleDias and LANA, Francisco Carlos Félix. Avaliação do estado nutricional de crianças menores de 10 anos no município de Ferros, Minas Gerais. **Rev. esc. enferm.** USP [online]. 2010, vol.44, n.2, pp. 257-265. ISSN 0080-6234.

FERREIRA, Talita da Silva; et al. Obesidade central em jovens. **Science in Health**, v. 3, n. 2, p. 61-73, 2012.

FREITAS, A. S. S.; COELHO, SIMONE CÔRTEZ; RIBEIRO, L. R. Obesidade infantil: influência de hábitos alimentares inadequados. **Rev Saúde & Amb**, v. 4, n. 2, p. 9-14, 2009.

FIGUEREDO, Maria Fernanda Santos; RODRIGUES-NETO, João Felício; LEITE, Maísa Tavares de Souza. Modelos aplicados à atividades de educação em saúde. **Ver Bras Enferm**, Brasília 2010, jan. – fev, 63 (1): 117-21.

FIGUEIREDO, Maria Fernanda Santos; RODRIGUES NETO, João Felício; LEITE, Maisa Tavares de Souza. Educação em saúde no contexto da saúde da família. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.41, p.315-29, abr./jun. 2012

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo, Atlas, 2009.

GONÇALVES, Fernanda Denardin; et al. Health promotion in primary school. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.24, p.181-92, jan./mar. 2008.

IBGE. **Instituto brasileiro de geografia e estatística**. Censo demográfico: Resultados Gerais da Amostra. 2010.

KAUARK, Fabiana; MANHÃES, Fernanda Castro; MEDEIROS, Carlos Henrique. **Metodologia da pesquisa: guia prático** Via Litterarum, 88p – Itabuna, 2010.

LAUTNER, Roberto Queiroga; et al. Índice de prevalência de obesidade e hipertensão em crianças e pré adolescentes no ensino público de Formiga-MG. **Enfermagem Revista**, v. 15, n. 3, p. 297 - 307, 2013.

LUGÃO, Magna Antunes da Silva, et al. A importância da atuação do enfermeiro na prevenção da obesidade infantil. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental** online, v. 2, n. 3, p. 976-988, 2010.

MACHADO, Alessandra Amorim; ALVES, Fabio Aguiar. **Promoção da Saúde e Nutrição Infantil na Atenção Básica**. Revista Práxis, n. 7, 2012.

MACHADO, Adriana Germano Marega; WANDERLEY, Luciana Coutinho Simões. **Educação em Saúde. Especialização em Saúde da Família**. [S.I.: s.n.]. UNA-SUS, UNIFESP, [2012?].

MARCHI-ALVES, Leila Maria; et al. Obesidade infantil ontem e hoje: importância da avaliação antropométrica pelo enfermeiro. **Esc. Anna Nery**. 2011, vol.15, n.2, pp. 238-244.

MENDONÇA, Maria Roseane Tenorio; et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes da cidade de Maceió. **Rev Assoc Med Bras**, v. 56, n. 2, p. 192-6, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. Ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MISHIMA, Fernanda KimieTavares and BARBIERI, Valéria. O brincar criativo e a obesidade infantil. **Estud. psicol.** (Natal) [online]. 2009, vol.14, n.3, pp. 249-255.

MONTEIRO, Flávia Paula Magalhães; CAETANO, Joselany Áfio; ARAÚJO, Thelma Leite de. Enfermagem na saúde da criança: estudo bibliográfico acerca da avaliação nutricional. **Escola Anna Nery Rev Enferm**, v. 14, n. 2, p. 406-11, 2010.

MORAES, José Fernando VN; GIUGLIANO, Rodolfo. Aleitamento materno exclusivo e adiposidade. **Rev Paul Pediatr**, v. 29, n. 2, p. 152-6, 2011.

MORAES, Priscilla Machado; DIAS, Cristina Maria de Souza Brito. Obesidade infantil a partir de um olhar histórico sobre alimentação. **Interação em Psicologia** (Qualis/CAPES: A2), v. 16, n. 2, 2013.

VICÊNCIO NETO, Analisa. **Comparação da eficácia da terapêutica standard (dieta e actividade física) com competências parentais no tratamento da obesidade infantil**. Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação. Universidade do Porto, 2010.

OLIVEIRA, Denize Cristina. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2008 out/dez; 16(4):569-76.

OLIVEIRA, Lidiane Honório; ALMEIDA, Pablo de. Obesidade: aspectos gerais dos fatores, tratamento e prevenção. **Voos Revista Polidisciplinar Eletrônica da Faculdade Guairacá**, v. 4, n. 2, 2013.

OLIVEIRA, Silva Regina Gomes; WENDHAUSEN, Águeda Lenita Pereira. (RE) **Significando a educação em saúde: dificuldades e possibilidades...** Trab. Educ. Saúde, rio de Janeiro, v.12 n.1, p.129-47, jan./abr. 2014.

PEREIRA, Luciana Lentz, et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade infantil entre lactentes, pré-escolares e escolares em uma área de abrangência do PET-SAÚDE. **ACM , arq. Catarin. Med**; 41 (4), out-dez. 2012. Tb.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani César. **Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

REIS, Caio Eduardo G.; VASCONCELOS, Ivana Aragão L. e OLIVEIRA, Odeth Maria V.. Panorama do estado antropométrico dos escolares brasileiros. **Rev. paul. pediatr.** [online]. 2011, vol.29, n.1, pp. 108-116.

ROECKER, Simone; MARCON, Sonia Silva. Educação em saúde na estratégia saúde da família: o significado e a práxis dos enfermeiros. **Esc. Anna Nery (impr.)** 2011, out./dez; 15 (4): 701-09.

SILVA, Jenny; SILVA, Cláudia. Programas de prevenção da obesidade infantil. Repositório Institucional universidade Fernando Pessoa **Revistas cadernos de Estudos Mediáticos**, v. 07, INSS 1647-3191. 2010.

SILVA, Isabel; SOARES, Ana. Qualidade de vida em mulheres que procuram tratamento para a obesidade: Estudo Comparativo entre Mulheres com Diagnóstico de Obesidade Clinicamente Grave Propostas a Tratamento Cirúrgico e Mulheres Submetidas à Cirurgia. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 12, n. 2, p. 235-254, 2011.

SILVA, Rosilene Miranda; KOOPMANS, Fabiana Ferreira; SÁ, Regina Célia de Barros; PAULINO, Eva de Fátima Rodrigues. Intervenções de enfermagem junto à família na prevenção da obesidade infantil. **Cadernos Unisuam de Pesquisa e Extensão**, v. 1, n. 1, 2013.

SOUSA, Leilane Barbosa et al. Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2010 jan/mar; v. 18(1):55-60.

SOUZA, Maria Helena do Nascimento, et al. Avaliação do estado nutricional e da saúde de crianças e adolescentes na prática assistencial do enfermeiro. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 1, 2013.

SULZBACH, Élen Aline Giovanella; DAL BOSCO, Simone Morelo. Obesidade infantil: Uma Revisão Bibliográfica. **Destaques Acadêmicos**, v. 4, n. 3, 2012.

VASCONCELOS, M. et al. **Módulo 4: práticas pedagógicas em atenção básica a saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade.** Belo Horizonte: Editora UFMG – Nescon UFMG, 2009. 70 p.

VERDI, Marta; BÜCHELE, Fátima; TOGNOLI, Heitor. Educação em saúde. Eixo 2: **Assistência e processo de trabalho na estratégia saúde da família**, 44p. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2010.

**APÊNDICE**

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**ESTUDO: Atuação do enfermeiro da estratégia de saúde da família frente à obesidade infantil.**

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu,

\_\_\_\_\_, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da pesquisa “Atuação do Enfermeiro no Âmbito dos Serviços de Atenção Primária Frente à Obesidade Infantil”.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O presente trabalho terá como objetivo geral compreender a prática do enfermeiro da atenção primária do município de Cuité-PB no que tange a prevenção e manejo da obesidade infantil.

O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário, e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimento, o participante poderá contatar o responsável pela pesquisa, Maria Beneglânia Pinto, endereço profissional: Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Educação e saúde – CES, Rua: Olho D’Água da Bica, s/n, CEP: 58175-000 Cuité – PB – Brasil. Telefone (83) 3372-1900, Ramal: 1954. E-mail beneglania@yahoo.com.br.

Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador. Vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

Campina Grande, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Participante: \_\_\_\_\_  
(Assinatura/RG/Telefone)

Pesquisador Responsável: \_\_\_\_\_  
(Maria Beneglânia Pinto. Enfermeiro. Professora Assistente I da UFCG, *campus* Cuité. SIAPE: 135547. E-mail: beneglania@yahoo.com.br).

Pesquisador Colaborador: \_\_\_\_\_  
(Flaviana de Macêdo Lima. Discente do curso de enfermagem da UFCG, *campus* Cuité. E-mail: flavianalima10@yahoo.com.br).



APÊNDICE B - Instrumento para Coleta de Dados

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE**  
**CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE**  
**UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE**  
**CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

Pesquisa: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
FRENTE À OBESIDADE INFANTIL.

Sujeitos da pesquisa: Enfermeiras da ESF do município de Cuité-PB

**CARACTERIZAÇÃO DO SUJEITO**

Nome, idade e sexo.

Qual o tempo de formação e qual instituição se formou?

Fez alguma especialização? Qual?

Há quanto tempo trabalha na ESF?

**ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA ENTREVISTA:**

- 1- Como você compreende a promoção da saúde e a prevenção de doenças na atenção primária à saúde?
- 2- Como você percebe o papel do enfermeiro no tocante a prevenção e manejo da obesidade infantil?
- 3- Como acontece a integração de ações na prevenção da obesidade infantil junto à equipe de saúde?
- 4- Em sua opinião quais as principais dificuldades enfrentadas para a prevenção e manejo da obesidade infantil na atenção primária?
- 5- Quais as estratégias que você utiliza na prevenção e no manejo da obesidade infantil?
- 6- Você poderia descrever uma experiência.
- 7- Para você qual a importância da Educação em Saúde no contexto da obesidade infantil?

8- Quais as metodologias de ensino você emprega em sua prática educativa na prevenção da obesidade infantil?

**ANEXO**

## ANEXO A - Termo de Compromisso dos Pesquisadores

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE**  
**CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE**  
**UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE**  
**CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES**

Título do projeto: “Atuação do enfermeiro da estratégia de saúde da família frente à obesidade infantil”.

Pesquisadores: Flaviana de Macêdo Lima  
Maria Benegelania Pinto

Os pesquisadores do projeto acima identificados assumem o compromisso de:

- I. Preservar a privacidade dos entrevistados cujos dados serão coletados;
- II. Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- III. Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

Cuité, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

---

Flaviana de Macêdo Lima  
(Orientanda – Pesquisadora)

---

Maria Benegelania Pinto  
(Orientadora – Pesquisadora)

ANEXO B - Termo de Compromisso do Responsável pelo Projeto em Cumprir os Termos da  
Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE**  
**CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE**  
**UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE**  
**CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**TERMO DE COMPROMISSO DO RESPONSÁVEL PELO PROJETO EM CUMPRIR  
OS TERMOS DA RESOLUÇÃO 466/12 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

Pesquisa: “Atuação do enfermeiro da estratégia de saúde da família frente à obesidade infantil”.

Eu, Maria Benegelania Pinto, Enfermeira, Professora do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, portadora do RG: 15585110-16 SSP/BA e CPF: 029.049.674-86, comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Cuité, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

---

Maria Benegelania pinto

(Orientadora)

## ANEXO C - Termo de Autorização

35

ANEXO C



PREFEITURA DA CIDADE DE CUITÉ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

**AUTORIZAÇÃO**

Cuité, 10 de Setembro de 2013.

Estamos autorizando a discente **FLAVIANA DE MACÊDO LIMA** do curso de **BACHARELADO EM ENFERMAGEM** da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG – Campus Cuité que pretende desenvolver projeto de pesquisa intitulado: **“ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ÂMBITO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA FRENTE À OBESIDADE INFANTIL”**. Dada a relevância da proposta, respeitando a programação da Unidade e a disponibilidade da Equipe, aprovamos a execução da metodologia descrita para coleta de dados e a divulgação dos resultados obtidos, prevalecendo o compromisso ético.

Observação: Fica a instituição através do orientador, entregar copia do resultado da pesquisa a **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**.

Atenciosamente,

P/ 

Joseane da Rocha Dantas Cavalcanti  
Coordenadora da ESF  
COREN 354337 - PB

Secretário de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde de Cuité - PB.

## ANEXO D - Termo de Autorização Institucional - UFCG

36

ANEXO D



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

Ilmo. Sr. José Alixandre de Souza Luis.

Coordenador da Unidade Acadêmica de Saúde (UAS) da UFCG no *campus* CES – Cuité/PB.

O Centro de Educação e Saúde da UFCG conta no seu Programa de Graduação, com o Curso de Enfermagem. Nesse contexto, a graduanda Flaviana de Macêdo Lima, matrícula nº 509120185, CPF nº 07465014476, está realizando uma pesquisa intitulada por: “atuação do enfermeiro no âmbito dos serviços de atenção primária frente à obesidade infantil”, necessitando, portanto, coletar dados que subsidiem este estudo junto aos Enfermeiros da Atenção Primária na zona urbana do município de Cuité-PB.

Desta forma, solicitamos sua valiosa colaboração, no sentido de autorizar tanto o acesso da referida graduanda para a realização da coleta de dados, como a utilização do nome da instituição.

Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo e utilizados para realização deste trabalho, bem como para a publicação em eventos e artigos científicos.

Na certeza de contarmos com a compreensão e empenho dessa instituição, agradecemos antecipadamente.

Cuité, 09 de setembro de 2013.

*Flaviana de M. Lima*

Flaviana de Macêdo Lima  
(Orientanda – Pesquisadora)

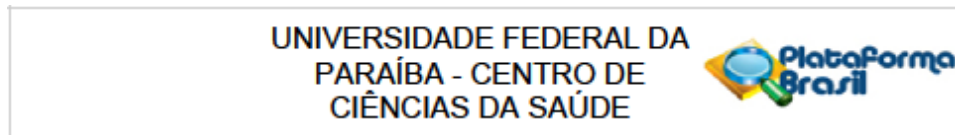
Maria Benegelania Pinto  
(Orientadora – Pesquisadora)

*J. Alixandre*

José Alixandre de Souza Luis  
Coordenador da Unidade Acadêmica de Saúde – Cuité/PB

Prof. Dr. José Alixandre de Souza Luis  
Coordenador Administrativo da UAS  
Mat.: SIAPE 1629011

## ANEXO D – Parecer do CEP



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ÂMBITO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA FRENTE À OBESIDADE INFANTIL

**Pesquisador:** MARIA BENEGELANIA PINTO

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 22056213.9.0000.5188

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Campina Grande - Centro de Educação e Saúde da

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 574.745

**Data da Relatoria:** 20/03/2014

**Apresentação do Projeto:**

TCC. O estudo será do tipo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa. A pesquisa será desenvolvida nas Unidades Básicas de Saúde do município de Cuité-PB, será realizada com os 08 enfermeiros das Estratégia Saúde da Família (ESF). A coleta de dados ocorrerá no meses de março e abril de 2014.

**Objetivo da Pesquisa:**

Compreender a prática do enfermeiro da atenção primária do município de Cuité-PB no que tange a prevenção e manejo da obesidade infantil.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Riscos inerentes as pesquisas qualitativas e sociais.

**Benefícios:**

Para o público profissional de enfermagem e usuários da atenção primária à saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Atual e em consonância com os objetivos, referencial teórico, metodologia e referências.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta documentação de praxe.

**Endereço:** UNIVERSITARIO S/N  
**Bairro:** CASTELO BRANCO **CEP:** 58.051-900  
**UF:** PB **Município:** JOAO PESSOA  
**Telefone:** (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** eticaocs@ccs.ufpb.br; ellanemduarte@hotmail.com