

Percepção de gestores e profissionais de saúde sobre o cuidado da obesidade infanto-juvenil no Sistema Único de Saúde

Natanael de Jesus Silva¹ (ORCID: 0000-0003-3002-1032) (silva_natanael@hotmail.com)

Andhressa Araújo Fagundes² (ORCID: 0000-0003-4085-3270) (afagundes16@gmail.com)

Danielle Góes da Silva² (ORCID: 0000-0002-2859-0853) (danygoes@yahoo.com)

Verônica da Silva Lima² (ORCID: 0000-0003-0610-0945) (veronikdslima@gmail.com)

¹ Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Salvador-BA, Brasil. ISGlobal, Hospital Clínic, Universitat de Barcelona. Barcelona, Espanha.

² Departamento de Nutrição, Universidade Federal de Sergipe. São Cristóvão-SE, Brasil.

Recebido em: 14/07/2021 Revisado em: 14/10/2021 Aprovado em: 19/11/2021

Resumo: O estudo teve como objetivo analisar a percepção de gestores e profissionais de saúde sobre o cuidado disponível para crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade no Sistema Único de Saúde em Sergipe, Brasil. Trata-se de estudo qualitativo e exploratório, com amostra composta por 46 atores e coleta de dados por meio de entrevistas semiestruturadas. O cuidado existente foi percebido como falho e fragmentado, independentemente do nível de atenção à saúde. As principais dificuldades abrangeram o processo de trabalho, a gestão e organização do cuidado, a adesão familiar e a insuficiência de recursos. Potencialidades relacionadas à gestão, equipes e profissionais, que poderiam contribuir para a implantação de uma linha de cuidado integral, foram também identificadas. Contudo, a organização do cuidado à obesidade infantil ainda requer uma conectividade dos papéis e tarefas dos diversos atores, por meio da pactuação e corresponsabilização entre os serviços, profissionais e a família.

► **Palavras-chave:** Obesidade. Criança. Adolescente. Assistência Integral à Saúde. Sistema Único de Saúde.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312022320318>

Introdução

A crescente prevalência de excesso de peso, inclusive na infância e na adolescência, representa um importante problema de saúde pública mundial (GBD 2015; OBESITY COLLABORATORS, 2017). No Brasil, estimativas do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) mostram que o sobrepeso e a obesidade¹ afetavam em 2019, respectivamente, 7,8% e 7,0% das crianças de 0 a 5 anos, 15,0% e 13,2% das crianças de 5 a 10 anos, e 18,3% e 9,7% dos adolescentes, que frequentaram os serviços de atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2021a).

A obesidade é o distúrbio nutricional que mais ameaça a saúde das gerações atuais e futuras, com forte influência nas taxas de morbimortalidade e nos gastos dos serviços de saúde (LINDBERG *et al.*, 2020; LLEWELLYN *et al.*, 2016; WELLS *et al.*, 2020). A precocidade do excesso de peso na infância predispõe ao desenvolvimento da obesidade na adolescência e vida adulta, outras complicações a médio e longo prazo, além de prejuízos psicossociais e na expectativa de vida (CHU *et al.*, 2018; 2019; LLEWELLYN *et al.*, 2016). Por se tratar de uma doença multifatorial, alcançar resultados eficazes no tratamento é complexo, o que torna os investimentos na sua prevenção ainda mais importante (DIETZ *et al.*, 2015).

Esse cenário suscita a necessidade de uma atenção à saúde que incorpore ações de promoção da saúde, prevenção e controle da obesidade. Como meta do plano de ações para enfrentamento das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) no Brasil (BRASIL, 2011) e dos esforços nacionais para alcançar as metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025 (MAGNUSSON; PATTERSON, 2019; MALTA; SILVA JR, 2013), o Ministério da Saúde propôs a organização da prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade por meio da linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde (RAS) das pessoas com DCNT (BRASIL, 2013).

A RAS são arranjos de organização dos serviços de saúde, com o objetivo de proporcionar um cuidado à saúde contínuo, integral e humanizado, melhorando o acesso, equidade, eficácia clínica e eficiência econômica (MENDES, 2010). A proposta das RAS propõe a criação das linhas de cuidado no Sistema Único de Saúde, como forma de estabelecer um pacto entre os níveis de atenção à saúde e sistemas de apoio, reorganizando o processo de trabalho dos profissionais. A Atenção Primária à Saúde (APS) consiste na principal linha de ação, oferecendo serviços integrados e acompanhamento longitudinal aos usuários (BRASIL, 2010; 2014).

Estudos relacionados às RAS e linhas de cuidado para obesidade são ainda escassos na literatura. Pouco se conhece sobre a percepção e a experiência de gestores e profissionais de saúde acerca do cuidado do excesso de peso no SUS, apesar do importante papel desses atores na garantia da assistência integral e multiprofissional aos usuários (DORNELLES; ANTON, 2013). Nesse contexto de recomendação nacional, faz-se necessário avaliar como o sistema público de saúde está organizado para atender às demandas da obesidade na infância e adolescência.

O estado de Sergipe caracteriza-se como o menor estado do país, localizado na costa atlântica da região Nordeste, com população estimada em 2.2 milhões de pessoas, ocupando atualmente o 20º lugar do país no Índice de Desenvolvimento Humano (PNUD, 2021). A cobertura estadual da atenção básica era de 90,6% em 2015 (BRASIL, 2021b). De acordo com dados do SISVAN, a prevalência de sobrepeso e obesidade em 2015 era, respectivamente, 9,9% e 9,6% em crianças de 0 a 5 anos, 16,0% e 13,1% em crianças de 5 a 10 anos, e 16,1% e 6,5% em adolescentes que frequentaram os serviços públicos de atenção primária à saúde no estado (BRASIL, 2021a). Até o ano de 2016, as redes de atenção à saúde do estado de Sergipe ainda não contavam com linhas de cuidado à obesidade, conforme as recomendações e diretrizes do Ministério da Saúde.

O presente estudo teve como objetivo analisar a percepção de gestores e profissionais de saúde sobre o cuidado disponível para crianças e adolescentes com excesso de peso no SUS do estado de Sergipe. Justifica-se a sua realização pela relevância de valorizar a percepção dos gestores e profissionais, os quais conhecem o sistema e enfrentam diariamente os obstáculos na busca da integralidade do cuidado à saúde, e contribuir para a implantação desta política importante e urgente para o controle da obesidade no país.

Metodologia

Trata-se de estudo exploratório com abordagem qualitativa e coleta de dados direta (STRAUSS; CORBIN, 2008). A amostra foi obtida por conveniência e composta por gestores e profissionais das redes de atenção à saúde do SUS do estado de Sergipe. O estado organiza suas ações de saúde através da divisão territorial em sete regiões, com sede nos municípios de Propriá, Estância, Nossa Senhora da Glória, Nossa Senhora do Socorro, Itabaiana, Lagarto e a capital, Aracaju. Visando contemplar de forma mais abrangente as ações ofertadas às crianças e adolescentes

com excesso de peso na rede pública de saúde de todo estado, os municípios sede das sete regiões de saúde foram definidos como local de estudo. Os informantes-chaves iniciais foram os coordenadores da APS de cada município. Em seguida, esses atores foram solicitados a indicar outros profissionais que atuassem diretamente na saúde infanto-juvenil e/ou que pudessem ter relação com a temática da obesidade, conformando uma amostra por cadeia de referências, de acordo com a metodologia “bola de neve” (VINUTO, 2014). Os convites foram a priori realizados via telefone, com posterior agendamento da entrevista individual.

A coleta de dados foi realizada no período de maio de 2015 a junho de 2016. A percepção dos gestores e dos profissionais sobre o cuidado do excesso de peso entre crianças e adolescentes foi obtida por meio entrevistas semiestruturadas, conduzidas a partir de um roteiro. Entre as questões contempladas nas entrevistas, quatro foram analisadas neste estudo: (1) Qual a sua opinião sobre o cuidado existente? (2) Quais são as principais dificuldades e fragilidades? (3) O que pode ser melhorado? (4) Quais são os aspectos facilitadores dessa assistência? Dados sobre a formação e tempo de serviço dos entrevistados também foram coletados.

As entrevistas foram gravadas com o consentimento dos entrevistados e transcritas com auxílio do *software* Express Scribe® (NCH Software, Canberra, Austrália). A análise das entrevistas iniciou-se pela identificação das expressões-chaves, dentro as quais foram identificadas as ideias centrais de cada discurso. Em seguida, as ideias centrais semelhantes foram reunidas em categorias para construção do “Discurso do Sujeito Coletivo” (DSC), técnica que consiste em reunir o conteúdo de depoimentos com sentidos semelhantes sob a forma de um único discurso, de modo a produzir um efeito de uma “coletividade falando” (LEFÈVRE; LEFÈVRE; MARQUES; 2009). Todos os DSCs foram redigidos na primeira pessoa do singular, eliminando as partes repetidas e utilizando expressões para interligar as frases e parágrafos, conferindo a sequência de ideias. O software *QualiQuantSoft*® foi utilizado para auxiliar os pesquisadores no armazenamento e sistematização das narrativas usadas na construção dos DSCs. Uma descritiva com frequências absoluta e relativa das ideias centrais foram calculadas segundo o nível de atenção.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (UFS), sob parecer CAAE nº 23529913.0.0000.5546, de acordo com as diretrizes da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012. Todos os

participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a autorização para uso de imagem e voz.

Resultados

Um total de 26 gestores e 20 profissionais de saúde participaram do estudo (Tabela 1). Estes atuavam nos diversos níveis da RAS de Sergipe: coordenações da Atenção Básica e Atenção Especializada, Programa Saúde na Escola (PSE), Academias da Saúde, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Unidades de Saúde da Família (USF), equipe de Saúde da Família (eSF), Centros de Especialidades Médicas e Hospital Universitário (HU). A maioria atuava em setores e programas da APS (76,1%). Entre as profissões, destacaram-se Enfermagem (46,5%), Nutrição (16,3%), Assistência social (11,6%), Educação física (9,3%) e Medicina (7,0%). Mais da metade tinha entre um e cinco anos de serviço.

Tabela 1. Perfil dos entrevistados. Sergipe, Brasil (n=46).

	n	%
Função		
Gestores	26	56,5
Profissionais	20	43,5
Nível de atenção		
Atenção Primária	35	76,1
Atenção Especializada	11	23,9
Formação (n=43)		
Enfermagem	20	46,5
Nutrição	07	16,3
Assistência social	05	11,6
Educação física	04	9,3
Medicina	03	7,0
Fisioterapia	02	4,7
Odontologia	01	2,3
Psicologia	01	2,3

continua...

	n	%
Tempo de serviço (n=34)		
< 1 ano	05	14,7
1 a 5 anos	18	52,9
> 5 anos	11	32,4

Fonte: os autores.

O Quadro 1 e a Tabela 2 apresentam, respectivamente, os resultados das análises qualitativa e quantitativa das categorias de respostas e ideias centrais identificadas nos discursos acerca das percepções sobre o cuidado existente, dificuldades e fragilidades, potencial para melhorias, facilidades e potencialidades.

Tabela 2. Percepções sobre cuidado disponível para crianças e adolescentes com excesso de peso segundo o nível de atenção no estado de Sergipe, Brasil.

Categorias	Todos		Atenção Primária		Atenção Especializada	
	n	%	n	%	n	%
Cuidado existente (n=32)						
A- Existe	03	9,4	01	4,5	02	20,0
B- Existe, porém falho/fragmentado	20	62,5	14	63,6	06	60,0
C- Não existe	09	28,1	07	31,8	02	20,0
Dificuldades e fragilidades (n=45)						
A- Processo de trabalho dos profissionais	09	20,0	08	23,5	01	9,1
B- Gestão	12	26,7	07	20,6	05	45,5
C- Adesão familiar	11	24,4	08	23,5	03	27,3
D- Recursos humanos, materiais e financeiros	13	28,9	11	32,4	02	18,2
Pode ser melhorado (n=35)						
A- Profissionais	04	11,4	02	7,1	02	28,6
B- Gestão	12	34,3	09	32,1	03	42,9
C- Família	04	11,4	04	14,3	00	00,0
D- Recursos humanos, materiais e financeiros	15	42,9	13	46,4	02	28,6

continua...

Categorias	Todos		Atenção Primária		Atenção Especializada	
	n	%	n	%	n	%
Facilidades e potencialidades (n=31)						
A- Acesso e serviços	09	29,0	07	28,0	02	33,3
B- Gestão, equipes e profissionais	10	32,3	07	28,0	03	50,0
C- Interesse/adesão	06	19,4	05	20,0	01	16,7
D- Parcerias/intersectorialidade	06	19,4	06	24,0	00	0,0

Fonte: os autores.

Quadro 1. Categorias de resposta e síntese das ideias centrais da percepção de gestores e profissionais de saúde sobre o cuidado disponível às crianças e adolescentes com excesso de peso em municípios do Estado de Sergipe, Brasil.

Perguntas	Categorias de resposta	Síntese das Ideias Centrais	
		Atenção Primária	Atenção Especializada
1. Cuidado existente	A- Existe	- Funciona	- Não é desassistido - Olhar mais atento
	B- Existe, porém falho e/ou fragmentado	- Falta local específico de cuidado/ não tem um setor/ pessoa direcionada - Falho/ muito fragmentado/ existe um déficit/ deficiência dos serviços - Problema socioeducativo - Abandono do tratamento	- Existe, mas pode melhorar/ falta cuidado maior/insuficiente/ generalista - Demanda reprimida - Procura tardia por atendimento
	C- Não existe	- Não existe cuidado/ não tenho nada montado/ não aflorou ainda - Atenção negligenciada - Não temos crianças (academia)	- Não tem/ não existe

continua...

Perguntas	Categorias de resposta	Síntese das Ideias Centrais	
		Atenção Primária	Atenção Especializada
2. Dificuldades e fragilidades	A- Processo de trabalho dos profissionais	- Não comprometimento/ engajamento/ incapacidade técnica - Visão não holística - Não montagem de grupos - Contrarreferência falha - Sem ação conjunta	- Não encarar como uma patologia
	B- Gestão	- Não tem pessoa direcionada - Rotatividade dos gestores - Inexistência de protocolo - Direcionamento maior da gestão - Vaga/ acesso às especialidades - Falta de formulário contrarreferência	- Comunicação com a gestão - Sem núcleo específico - Fluxo/marcação de consulta - Negligência/falta de visão da gestão - Não é prioridade política
	C- Adesão familiar	- Falta Incentivo/ parceria/ comprometimento - Abandono do tratamento	- Dificuldade/ aceitação familiar - Procura
	D- Recursos humanos, materiais e financeiros	- Número de especialistas/ falta do NASF/ rede de suporte - Falta de infraestrutura /recursos/ material	- Medicação/equipamento - Falta de profissional
3. Pode ser melhorado	A- Profissionais	- Atuação da ESF - Parte educativa	- Acompanhamento dos pacientes/ estar mais próximo da população
	B- Gestão	- Diagnóstico situacional - Projeto/oferta de serviços ao público infanto-juvenil - Articulação entre os envolvidos - Capacitação/sensibilização	- Programas - Assistência básica - Visão dos gestores
	C- Família	- Parceria com a família - Trazer a família para escola - Responsabilidade da família	
	D- Recursos humanos, materiais e financeiros	- Aumentar número de profissionais/ nutricionistas/ outros profissionais - Apoio para as equipes/ ter o NASF/ equipe de saúde exclusiva do PSE - Recursos específicos para obesidade/ recurso financeiro/apoio e verbas	- Recursos/outras profissionais - Melhorar infraestrutura

continua...

Perguntas	Categorias de resposta	Síntese das Ideias Centrais	
		Atenção Primária	Atenção Especializada
4. Facilidades e potencialidades	A- Acesso e serviços	- Acesso facilitado a unidade de saúde/ porta aberta/ oferta de serviços - Vigilância nutricional no PSE - Estrutura física	- Flexibilidade da agenda - Acompanhamento nutricional
	B- Gestão, equipes e profissionais	- Equipe - Coordenação/ gestão participativa - Apoio pediátrico/ educadores físicos - Ação do agente de saúde	- Agentes de saúde - Interação/ trabalho da equipe
	C- Interesse/adesão	- Interesse da equipe - Interesse/ disposição das crianças - Participação da escola e família	- Vontade dos profissionais
	D- Parcerias/ intersetorialidade	- Apoio/ parcerias/ saúde e educação - Trabalho intersetorial/ grupo intergestor municipal	

Fonte: os autores.

Cuidado existente

Três categorias de resposta sobre o cuidado existente foram obtidas: (a) existe; (b) existe, porém falho e/ou fragmentado; e (c) não existe (Quadro 1). A categoria b, “existe, porém falho e/ou fragmentado”, foi a percepção mais compartilhada na atenção primária (63,6%) e na atenção especializada (60,0%) (Tabela 2). Nesta categoria, as ideias centrais revelam a fragmentação e a deficiência da assistência, além da falta de local específico, setor e gestão direcionada ao cuidado da obesidade infantil, como pode ser observado abaixo no DSC:

Esse cuidado é ainda muito fragmentado, mas pode melhorar. Não tem um setor que trabalhe só com isso para atingir esse público. O profissional aqui no município trabalha com vários programas, tem uma sobrecarga. Se tivéssemos um centro, um local específico de cuidado para isso, de fato a nossa demanda seria mais bem atendida. Além disso, a maioria das pessoas só procuram quando já estão com alguma doença, então tem uma demanda reprimida. As crianças não conseguem ser acolhidas e ter a assistência que deveriam. A cobertura passa a ser insuficiente. E também a questão dos pais, a gente precisa dessa parceria. Infelizmente a gente precisa melhorar muito, porque não é só criar linhas de cuidado, é executar.

Apenas 9,4% dos entrevistados afirmaram que existe cuidado para excesso de peso em crianças e adolescentes no município. Na categoria (c), foram obtidas ideias centrais evidenciando a atenção negligenciada para obesidade e a inexistência de cuidado para este público, sobretudo, no âmbito da Academia da Saúde.

Dificuldades e fragilidades

Quatro categorias foram identificadas a partir das percepções sobre as dificuldades e fragilidades no cuidado da obesidade infantil: (a) processo de trabalho dos profissionais; (b) gestão; (c) adesão familiar; e (d) recursos humanos, materiais e financeiros (Quadro 1). Embora as proporções em cada categoria tenham sido semelhantes (Tabela 2), a categoria (d) foi a mais compartilhada entre os entrevistados (28,9%), sobretudo, na APS (32,4%). Na Atenção Especializada, a categoria mais compartilhada foi a (b) gestão (45,5%).

Na categoria (d), além da falta de estrutura, recursos e materiais, as ideias centrais revelam número insuficiente de profissionais especialistas e a ausência de uma rede de suporte, como por exemplo, a ausência de NASF em alguns municípios. Em relação a categoria (b), diversas fragilidades relacionadas à gestão emergiram no relato dos entrevistados, como pode ser observado abaixo:

A fragilidade tá na forma como está sendo conduzido, em como está sendo montado o acompanhamento. A inexistência de protocolo e fluxo organizado para esse atendimento. A dificuldade na marcação de consultas e acesso às especialidades, porque só tem um local, o CEMCA [Centro de Especialidades Médicas da Criança e do Adolescente]. Além disso, a falta de visão da gestão. Parece que não há uma vontade política de resolver, eles ainda não perceberam o problema ou não querem perceber. Às vezes o que dificulta também é o contato com a gerência, a rotatividade de gerentes nas unidades.

As categorias (a) e (c) representaram 20,0% e 24,4% das respostas, respectivamente. Na categoria (a), a falta de comprometimento, visão não holística e processo de trabalho falho são as principais dificuldades relacionadas aos profissionais de saúde. Na categoria (c), cujo tema é a adesão familiar, a falta de comprometimento também é representativa. Ainda nessa categoria, foram identificadas a não procura pelo serviço, falta de incentivo e abandono do tratamento. Os DSC de ambas as categorias são apresentados abaixo:

Faltam engajamento, comprometimento, força de vontade do profissional. Eu não queria dizer incapacidade, mas é a fragilidade dos profissionais em lidar com essa questão do acolhimento e acompanhamento, devido a visão que não é holística e não encarar talvez a patologia. O profissional atende, faz a parte clínica geral, mas a parte da obe-

sidade mesmo fica muito de forma secundária. Eu ainda atribuo essa falha à falta de educação em saúde, da identificação dos fatores de risco e do próprio diagnóstico de obesidade. Uma falha muito grande é a contrarreferência, pois o profissional não comunica e aí fica tudo perdido.

Primeira coisa é a adesão, a aceitação e o incentivo dos pais, que a gente não tem muito. A dificuldade para levarem os menores nas unidades, principalmente os pais de baixa renda. Só procuram quando já tá com algum problema. Muitos deles não aceitam. E às vezes não aceitam, nem por falta de educação, é porque eles não têm condições.

Potencial para melhorias

A partir da pergunta sobre o que poderia ser melhorado com base no cuidado existente, quatro categorias de resposta emergiram do *corpus* das entrevistas: (a) profissionais; (b) gestão; (c) família; e (d) recursos humanos, materiais e financeiros (Quadro 1). Assim como na questão sobre dificuldades, a categoria (d) foi mais compartilhada (42,9%), principalmente, na Atenção Primária (46,4%):

Melhorar o suporte, a infraestrutura do espaço, os instrumentos de trabalho, o número de profissionais. Precisaria aumentar o número de nutricionistas, com visão mais voltada para o obeso, iria ajudar muito. O NASF seria um apoio, mas não tem. Os profissionais são pouco valorizados. Eu gostaria de ter mais recurso financeiro, entendeu? Porque falta recursos específicos, material e também humano. Precisa ser reavaliado.

Melhorias relacionadas à gestão, categoria (b), estiveram presentes em 34,3% dos relatos, com destaque na Atenção Especializada, cuja representatividade foi maior (42,9%). As ideias centrais apontaram a necessidade de melhorias nos seguintes pontos: diagnóstico situacional; articulação dos envolvidos; capacitação, sensibilização e visão da gestão para o problema; assistência e serviços para o cuidado da obesidade na infância e na adolescência.

Melhorias relacionadas aos profissionais e à família, categorias (a) e (c), somaram 22,8% das respostas. Em ambas as categorias, foram reveladas a importância de aumentar a aproximação entre os profissionais/serviço de saúde e a família, assim como a atuação e capacitação dos profissionais e a responsabilidade da família.

Facilidades e potencialidades

A partir dos discursos sobre as facilidades e potencialidades do cuidado existente, foram identificadas quatro categorias temáticas: (a) acesso a serviços; (b) gestão, equipes e profissionais; (c) interesse e adesão; e (d) parcerias e intersetorialidade

(Quadro 1). Ideias relacionadas à categoria (b) estiveram entre as mais compartilhadas (32,3%), destacando o trabalho das equipes e dos agentes comunitários, bem como a participação da gestão e o apoio de outros profissionais e especialistas. Acesso a serviços, categoria (a), representou 29,0% das ideias centrais obtidas. O DSC dessa categoria é apresentado abaixo:

O acesso livre e porta aberta à unidade básica de saúde é um facilitador. Nós temos unidades distribuídas na cidade como um todo. Também o fato da população poder ter acesso a um acompanhamento nutricional no SUS. Todos os anos é feita a avaliação antropométrica dos alunos, viabilizando o trabalho de alimentação saudável e obesidade. A estrutura física nós já temos, e eles podem estar sim inseridos [na Academia da Saúde].

O interesse e a adesão dos envolvidos no cuidado (c), tanto da família e dos profissionais de saúde, como da escola, emergiram dos discursos. Na categoria (d), parcerias e intersetorialidade nas ações destinadas ao cuidado da obesidade infantil, sobretudo entre saúde e educação e na comissão intergestores municipal, foram observadas no discurso de profissionais e gestores da APS.

Discussão

Este estudo investigou a percepção de gestores e profissionais de saúde sobre o cuidado disponível às crianças e adolescentes com excesso de peso no SUS do estado de Sergipe. Até o momento da pesquisa, as RAS dos municípios estudados ainda não tinham experienciado a implementação das linhas de cuidado à obesidade, conforme as recomendações e diretrizes do Ministério da Saúde, realidade compartilhada pela maioria dos municípios brasileiros. Portanto, os achados trazem um vasto conjunto de informações que possivelmente contribuirão para a implantação desta política importante e urgente para o controle da obesidade no país.

A percepção compartilhada pela maioria dos entrevistados, que consideram o cuidado falho e fragmentado, evidencia a hegemonia do modelo biomédico nas práticas de saúde do SUS. Este modelo, centrado na doença e no atendimento à demanda espontânea, tem apresentado pouca resolutividade, sobretudo, às demandas desse atual cenário de DCNT (CECILIO, 1997; MENDES, 2010). As RAS é o modelo atualmente proposto pelo Ministério da Saúde, buscando superar a fragmentação da atenção e reorganizar os serviços de forma articulada, começando pela APS. Essa proposta prevê redes integradas que assegurem ao usuário um cuidado integral e contínuo nos diferentes níveis de atenção (MENDES, 2010).

A organização da linha de cuidado é influenciada pela articulação e dinâmica dos processos da macro e micropolítica, que quando malsucedidas, favorecem a fragmentação do cuidado. Essa perspectiva foi observada nas categorias temáticas desse estudo. Enquanto no âmbito da macropolítica ou gestão, pressupõe-se a organização do sistema de saúde de modo mais abrangente; na micropolítica ou processo de trabalho em saúde, ordenam-se a atuação das equipes na coordenação do cuidado e sua relação com os usuários (CECILIO, 2009; MALTA; MERHY, 2010).

No âmbito organizacional da micropolítica, as percepções dos entrevistados apontaram para importantes considerações sobre o processo de trabalho dos profissionais e questões relacionadas à família, como a falta de comprometimento, visão restrita sobre a obesidade infantil e o processo de trabalho falho. Ideias centrais destacando o interesse e a necessidade de capacitação dos profissionais acerca da prevenção e controle da obesidade infantil apareceram entre as facilidades e as sugestões de melhorias. Esses achados corroboram para a necessidade de iniciativas que revigorem a educação permanente e a sensibilização dos profissionais e equipes de saúde da família acerca desse problema. Seidl *et al.* (2014) sugerem que a ausência ou insuficiência de incentivos para a qualificação e educação permanente podem contribuir para dificuldades na atuação e desmotivação do profissional.

Em relação à família, as dificuldades incluíram a falta de comprometimento, não procura pelo serviço e abandono do tratamento. Contudo, opiniões divergentes apontaram a participação familiar e o interesse das crianças como aspectos facilitadores. Diversos estudos têm discutido a falta de motivação (DORNELLES; ANTON; PIZZINATO, 2014; SCHALKWIJK *et al.*, 2016) e a dificuldade da família em reconhecer o sobrepeso e a obesidade como um problema de saúde (CAMARGO *et al.*, 2013; DORNELLES; ANTON, 2013; SANTOS *et al.*, 2017). Aumentar a autonomia dos pais frente a este problema foi sugerido como um aspecto a ser melhorado. Para Dornelles *et al.* (2014), a apatia dos pais compromete os direitos da criança e a garantia de espaços públicos. Portanto, o resgate da responsabilização em virtude do coletivo pode indicar um caminho de mudanças efetivas no âmbito da saúde da criança e do adolescente com excesso de peso.

Na perspectiva da macropolítica, as percepções abrangem temas relacionados à gestão e à organização do cuidado. Entre as fragilidades, destacaram-se a negligência e a falta de visão dos gestores para o problema da obesidade infantil, a inexistência de protocolos e fluxos de cuidado, a falta de um núcleo e gestão específica e as

dificuldades na marcação de consultas e acesso às especialidades. A deficiência de infraestrutura e de recursos humanos, materiais e financeiros foram também apontadas como fragilidades, principalmente, na APS.

Alguns autores atribuem a negligência da gestão à fatores como a rotatividade de secretários e gestores, baixa autonomia nas decisões executivas, qualificação técnica insuficiente para exercício da função e o atravessamento das políticas partidárias na tomada de decisão (CASANOVA, 2017; SANTOS; GIOVANELLA, 2014). Esses fatores estão diretamente relacionados ao subfinanciamento do SUS, sobretudo na atenção primária, que refletem na insuficiência de recursos, desde humanos até materiais, em estruturas físicas precárias e na oferta reduzida de serviços (BRANDÃO *et al.*, 2020). Essas condições limitam a implementação e a efetivação das redes e linhas de cuidado, portanto, ressaltando a necessidade de investimentos e qualificação da gestão municipal e equipes de saúde para organização do sistema e coordenação do cuidado (ALMEIDA *et al.*, 2018).

Ainda no âmbito da macropolítica, as facilidades mencionadas estiveram relacionadas ao acesso facilitado à Unidade Básica de Saúde e à presença de parcerias e intersectorialidade nas ações. Essas facilidades corroboram com as propostas das RAS e das linhas de cuidado para sobrepeso e obesidade, que se consolidam no contexto de valorização da APS, organização da rede de serviços e articulação de ações intra- e intersectoriais para integração e efetividade das medidas de prevenção e controle da obesidade (ALMEIDA *et al.*, 2018; DIAS *et al.*, 2017).

Nossos resultados ainda evidenciam a influência da construção social, cultural, econômica e histórica nas representações dos gestores e profissionais acerca do excesso de peso. As noções simbólicas de “gordura” e seus correlatos sobrepeso e obesidade nos discursos apresentados ultrapassam o campo biomédico, carregando uma historicidade respaldadas em estudos socioantropológicos (VIGARELLO, 2013).

Para superação dos desafios, sugere-se a implantação de um núcleo de gestão do cuidado, com a organização de protocolos e fluxos definidos, que contribuam positivamente no acesso às especialidades. A partir dos resultados, considera-se fundamental sensibilizar os profissionais e promover educação permanente sobre a temática da obesidade, assim como sensibilizar os responsáveis pelas crianças de modo que considerem a obesidade como um problema de saúde pública, orientando-os a buscar o serviço, com comprometimento e continuidade do tratamento.

Acreditamos que a natureza qualitativa do estudo e a representatividade da amostra, constituída por profissionais e gestores dos diferentes níveis de atenção, contribuíram para a obtenção de informações relevantes e detalhadas sobre o cuidado da obesidade infantil nas redes de atenção à saúde de municípios em um estado do Brasil. Entretanto, esses achados devem ser interpretados com base na realidade da sua construção: percepções de profissionais do sistema público de saúde, lotados em centros e unidades da zona urbana, de municípios onde as linhas de cuidado para sobrepeso e obesidade ainda não tinham sido implementadas. Nesse sentido, pesquisas futuras devem priorizar a avaliação da implementação destas linhas de cuidado e seu impacto nas prevalências de sobrepeso e obesidade, assim como, a perspectiva dos pais sobre o cuidado da obesidade infantil.

Considerações finais

O cuidado disponível para crianças e adolescentes com excesso de peso nos municípios estudados foi percebido como falho e fragmentado pela maioria dos entrevistados, independentemente do nível de atenção à saúde. As fragilidades abrangeram temas relacionados à gestão e à organização do cuidado, ao processo de trabalho dos profissionais de saúde e ao envolvimento da família. As facilidades abrangeram aspectos importantes do ponto de vista das RAS e linhas de cuidado, como o acesso facilitado à unidade básica de saúde, a oferta de serviços e a existência de parcerias e intersetorialidade nas ações de prevenção da obesidade infantil.

A organização da linha de cuidado para prevenção e tratamento da obesidade requer, portanto, uma conectividade dos papéis e tarefas dos diversos atores nos diferentes níveis de atenção, equacionando os macros e microprocessos, por meio da pactuação e corresponsabilização entre os serviços, profissionais e a família, visando à construção de um cuidado longitudinal efetivo e de qualidade para redução e controle do sobrepeso e obesidade na infância e na adolescência.²

Agradecimentos

A todos os envolvidos direta e indiretamente na pesquisa, sobretudo aos profissionais e gestores de saúde entrevistados. Agradecemos também ao Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS), gestão compartilhada em saúde, pelo financiamento da pesquisa (Chamada MS/CNPq/FAPITEC/SE/SES N° 02/2013).

Referências

- ALMEIDA, P. F. *et al.* Coordenação do cuidado e atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde em debate*, v. 42, p. 244-260, 2018.
- BRANDÃO, A. L. *et al.* Estrutura e adequação dos processos de trabalhos no cuidado à obesidade na Atenção Básica brasileira. *Saúde em Debate*, v. 44, p. 678-693, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Cobertura da Atenção Básica*. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>. Acesso em: 12 jul. 2021b.
- BRASIL. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade*. Cadernos de Atenção Básica, n. 38. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. *Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União, 2010.
- BRASIL. *Portaria nº 424, de 19 de março de 2013*. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.
- BRASIL. *Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN na assistência à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. *Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN-Web)*. Disponível em: <<https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>>. Acesso em: 12 jul. 2021a.
- CAMARGO, A. P. P. M. *et al.* A não percepção da obesidade pode ser um obstáculo no papel das mães de cuidar de seus filhos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 2, p. 323-333, 2013.
- CASANOVA, A.O. *et al.* A implementação de redes de atenção e os desafios da governança regional em saúde na Amazônia Legal: uma análise do Projeto QualiSUS-Rede. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 1209-1224, 2017.
- CECILIO, L. C. O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 13, n. 1, p. 545-555, 2009.
- CECILIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997.
- CHU, D. T. *et al.* An update on physical health and economic consequences of overweight and obesity. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, v. 12, n. 6, p. 1095-1100, 2018.

- CHU, D.T. *et al.* An update on obesity: Mental consequences and psychological interventions. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, v. 13, n. 1, p. 155-160, 2019.
- DE ONIS, M. *et al.* Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bulletin World Health Organization*, v. 85, p. 660-667, 2007.
- DIAS, P. C. *et al.* Obesity and public policies: the Brazilian government's definitions and strategies. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, n. 7, p. e00006016, 2017.
- DIETZ, W. H. *et al.* Management of obesity: improvement of health-care training and systems for prevention and care. *The Lancet*, v. 385, n. 9986, p. 2521-2533, 2015.
- DORNELLES, A. D.; ANTON, M. C. A percepção dos profissionais da saúde acerca da atenção ao sobrepeso e à obesidade infantil no Sistema Único de Saúde (SUS). *Aletheia*, n. 41, p. 53-66, 2013.
- DORNELLES, A. D.; ANTON, M. C.; PIZZINATO, A. O papel da sociedade e da família na assistência ao sobrepeso e à obesidade infantil: percepção de trabalhadores da saúde em diferentes níveis de atenção. *Saúde e Sociedade*, v. 23, p. 1275-1287, 2014.
- GBD 2015 OBESITY COLLABORATORS. Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years. *New England Journal of Medicine*, v. 377, n. 1, p. 13-27, 2017.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2015*. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.
- LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C.; MARQUES, M. C. C. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 4, p. 1193-1204, 2009.
- LINDBERG, L. *et al.* Association of childhood obesity with risk of early all-cause and cause-specific mortality: A Swedish prospective cohort study. *PLoS Medicine*, v. 17, n. 3, p. e1003078, 2020.
- LLEWELLYN, A. *et al.* Childhood obesity as a predictor of morbidity in adulthood: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, v. 17, n. 1, p. 56-67, 2016.
- MAGNUSSON, R.; PATTERSON, D. Global action, but national results: strengthening pathways towards better health outcomes for non-communicable diseases. *Critical Public Health*, p. 1-13, 2019.
- MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 14, n. 34, p. 593-606, 2010.
- MALTA, D. C.; SILVA JR, J. B. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 22, n. 1, p. 151-164, 2013.

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

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Fundação João Pinheiro. *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil*. Disponível em: <<http://atlasbrasil.org.br/>>. Acesso em: 12 jun. 2021.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Regional governance: strategies and disputes in health region management. *Revista de Saúde Pública*, v. 48, n. 4, p. 622-631, 2014.

SANTOS, D. F. B. *et al.* Implicações da pouca preocupação e percepção familiar no sobrepeso infantil no município de Curitiba, PR, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 5, p. 1717-1724, 2017.

SCHALKWIJK, A. A. H. *et al.* Health care providers' perceived barriers to and need for the implementation of a national integrated health care standard on childhood obesity in the Netherlands—a mixed methods approach. *BMC Health Services Research*, v. 16, n. 1, p. 1-10, 2016.

SEIDL, H. M. F. *et al.* Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*, v. 38, p. 94-108, 2014.

STRAUSS, A. L.; CORBIN, J. *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

VIGARELLO, G. *The Metamorphoses of Fat: A History of Obesity*. New York: Columbia University Press, 2013. 261 p.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014.

WELLS, J. C. *et al.* The double burden of malnutrition: aetiological pathways and consequences for health. *Lancet*, v. 395, n. 10217, p. 75-88, 2020.

Notas

¹ Em conformidade com a Organização Mundial da Saúde (DE ONIS *et al.*, 2007) e o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2011), consideramos o índice de massa corporal (IMC) para idade na definição do sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes. O IMC-para-idade é calculado segundo a idade e o sexo e é expresso em escore z, que corresponde ao valor padronizado em relação a uma distribuição de referência. Define-se como “sobrepeso” os valores de escore-z > +2 e ≤ +3 para crianças de 0 a 4 anos completos e escore-z > +1 e ≤ +2 para crianças 5-9 anos e adolescentes. Como “obesidade”, considera-se os valores de escore-z > +3 para crianças de 0 a 4 anos completos e > +2 para crianças 5-9 anos e adolescentes.

² N. de J. Silva: coleta, análise e interpretação dos dados; redação do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito. A. A. Fagundes e D. G. da Silva: concepção do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. V. da S. Lima: análise e interpretação dos dados; aprovação da versão final do manuscrito.

Abstract

Health managers and professionals' perception on the care of child and adolescent obesity in Brazil's Unified Health System

The study aimed to analyze the perception of health managers and professionals on the care of children and adolescents with overweight and obesity in the Unified Health System of Sergipe, Brazil. This is a qualitative and exploratory study with sample composed of 46 actors and semi-structured interviews as data collection method. The existing care was perceived as poor and fragmented, regardless of the health care level. The main difficulties were the professionals' work process, care management and organization, family support and insufficient resources. Potentialities related to management, teams and professionals, which could contribute to the implementation of a comprehensive care line, were also identified. However, the organization of care for child obesity still requires the connectivity of different actors' roles and tasks, with the agreement and co-responsibility between services, professionals and family.

► **Keywords:** Obesity. Child. Adolescent. Comprehensive Health Care. Unified Health System.

