

LINHAS DE CUIDADO: SOBREPESO/OBESIDADE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LINES OF CARE: OVERWEIGHT/OBESITY OF CHILDREN/ADOLESCENTS IN THE UNIFIED HEALTH SYSTEM

LÍNEAS DE ATENCIÓN: SOBREPESO/OBESIDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES EN EL SISTEMA ÚNICO DE SALUD

Verônica da Silva Lima¹
Rita de Cássia Lisboa Ribeiro²
Natanael de Jesus Silva³
Lana Mércia Santiago de Souza⁴
Danielle Góes da Silva⁵
Andhressa Fagundes⁶

Resumo

O estudo investiga o cuidado disponível para crianças e adolescentes no Sistema Único de Saúde de Sergipe, segundo diretrizes do Ministério da Saúde para linhas de cuidado ao sobrepeso e obesidade. Esta pesquisa qualitativa foi realizada com 46 profissionais e gestores da saúde dos sete municípios-sede das regionais de saúde de Sergipe, através de entrevistas semiestruturadas. Para análise dos dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo de Bardin. Quatro categorias emergiram a partir das respostas: 1) vigilância alimentar e nutricional e estratificação de risco para cuidado do sobrepeso/obesidade; 2) promoção da saúde e prevenção da obesidade de forma intersetorial; 3) acolhimento nos equipamentos da atenção primária; 4) apoio matricial e assistência multiprofissional. A rede de atenção à saúde de Sergipe apresenta ações de diagnóstico, promoção da saúde em equipamentos intersetoriais, porém, de forma descontinuada, além da inexistência de fluxos definidos, barreiras na acessibilidade às especialidades e falta de comprometimento dos profissionais e da família. Diante do exposto, a estruturação da linha de cuidado para o excesso de peso requer respostas proativas e contínuas, a corresponsabilização dos profissionais de saúde e gestores, compreensão da obesidade como uma doença desde a infância, sobretudo por parte dos familiares, além da oferta de ações promocionais e curativas de forma intersetorial.

Palavras-chave: obesidade; criança; adolescente; pesquisa qualitativa; serviços de saúde.

Abstract

The study investigates the care available to children and adolescents in Sergipe's Unified Health System, according to guidelines from the Ministry of Health for lines of care for overweight and obesity. This qualitative research was carried out with 46 health professionals and managers from the seven cities that host the regional health centers of Sergipe, through semi-structured interviews. For data analysis, the Bardin Content Analysis technique was used. Four categories emerged from the responses: 1) food and nutrition surveillance and risk stratification for overweight/obesity care; 2) intersectoral health promotion and obesity prevention; 3) reception in primary care facilities; 4) matrix support and multidisciplinary assistance. The health care network in Sergipe presents

¹ Bacharel em Nutrição. Universidade Federal de Sergipe. São Cristóvão, Sergipe, Brasil.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0610-0945>.

² Mestre em Ciências da Nutrição. Universidade Federal de Sergipe. São Cristóvão, Sergipe, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0000-1404>.

³ Pesquisador, Fundação Oswaldo Cruz. Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde. Salvador, Bahia, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3002-1032>.

⁴ Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0432-8874>.

⁵ Doutora, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Nutrição. Universidade Federal de Sergipe. São Cristóvão, Sergipe, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2859-0853>.

⁶ Doutora, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Nutrição. Universidade Federal de Sergipe. São Cristóvão, Sergipe, Brasil. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4085-3270>.

diagnostic actions, health promotion in intersectorial equipment, however, in a discontinuous way, in addition to the lack of defined flows, barriers in accessibility to specialties and non-commitment by professionals and families. Given the above, structuring the care line for overweight requires the organization of proactive and continuous responses, the co-responsibility of health professionals and managers, understanding obesity as a disease since childhood, especially by family members, in addition to offering promotional and curative actions in an intersectorial manner.

Keywords: obesity; child; adolescent; qualitative research; health services.

Resumen

El estudio analiza la atención disponible para niños y adolescentes en el Sistema Único de Salud de Sergipe, según directrices del Ministerio de la Salud para líneas de atención al sobrepeso y obesidad. Esta investigación cualitativa se realizó con 46 profesionales y gestores de salud de los siete municipios-sede de las regionales de Sergipe, por medio de entrevistas semiestructuradas. Para el análisis de los datos, se utilizó la técnica de análisis de contenido de Bardin. Cuatro categorías emergieron de las respuestas: 1) vigilancia nutricional y estratificación de riesgo para el tratamiento del sobrepeso/obesidad; 2) promoción de la salud y prevención de la obesidad de forma intersectorial; 3) recibimiento en las unidades de atención primaria; apoyo matricial y asistencia multiprofesional. La red de atención a la salud de Sergipe desarrolla acciones de diagnóstico y promoción de la salud en unidades intersectoriales, sin embargo, de forma discontinua, además de inexistencia de flujos definidos, barreras en el acceso a las especialidades y falta de compromiso de los profesionales y de la familia. Frente a lo expuesto, la estructuración de la línea de atención al exceso de peso requiere de respuestas proactivas y continuas, la corresponsabilización de los profesionales de la salud y gestores, la comprensión de la obesidad como enfermedad desde la infancia, sobre todo de parte de la familia, además de la oferta de acciones de divulgación y cura de forma intersectorial.

Palabras-clave: obesidad; niño; adolescente; investigación cualitativa; servicios de salud.

1 Introdução

A obesidade, enquanto fenômeno complexo de saúde, é influenciada por fatores ambientais, sociais, culturais, econômicos, biológicos, genéticos, entre outros (SWINBURN *et al.*, 2019). O governo brasileiro segue a definição e orientações de organismos internacionais que a concebem como doença e fator de risco para outras doenças, como condição crônica multifatorial complexa, e como manifestação da insegurança alimentar e nutricional (DIAS *et al.*, 2017). Nesse contexto, a obesidade constitui um dos problemas de saúde mais preocupantes da agenda do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011a).

Segundo dados do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), em 2019, 16,3% das crianças brasileiras entre cinco e dez anos estavam com sobrepeso e 14,6% com algum nível de obesidade, enquanto nos adolescentes esses valores eram 18,0% e 13,5%, respectivamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Tal aumento está relacionado às modificações nas relações socioculturais e ambientais das famílias, à prática da amamentação, às atividades de lazer e consumo e à exposição a ambientes obesogênicos (ENES; SLATER, 2010). O excesso de peso no público infanto-juvenil tem sido associado a diversos problemas de saúde, tais como dificuldade respiratória, diabetes, doenças cardíacas e aumento da predisposição a se tornar adultos obesos (ANJOS *et al.*, 2013).

Evidências sugerem que crianças e adolescentes diagnosticados com algum agravo crônico têm a vida guiada pelo tratamento da doença (SILVA *et al.*, 2018), além de sofrerem com dificuldades no acesso a serviços especializados, falta de articulação entre profissionais e serviços de referência e contrarreferência, e falta de participação familiar no cuidado (NÓBREGA *et al.*, 2015). Desta forma, a assistência efetiva à saúde infanto-juvenil demanda um modelo de atenção bem estruturado, que siga os princípios do SUS, por meio do cuidado integral com a organização em Redes de Atenção à Saúde (RAS), sob a coordenação da Atenção Primária à Saúde (APS). As RAS propõem garantir serviços com atuação cooperativa e interdependente, visando ações contínuas, com base nas reais necessidades epidemiológicas da população (MENDES, 2011).

Em 2013, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria nº 424/2013, que redefine as diretrizes para a organização da prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade, como linha de cuidado prioritária nas RAS para pessoas com doenças crônicas (BRASIL, 2013). Entre as principais recomendações estão as ações de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), prevenção da obesidade de forma intersetorial, acolhimento em todos os equipamentos da atenção básica, apoio matricial, além de encaminhamento para procedimentos cirúrgicos e assistência pré e pós-operatória (BRASIL, 2013).

Deste modo, faz-se necessário avaliar como se organizam as linhas de cuidado a partir das RAS nos serviços e equipamentos de saúde do SUS, para atender a esta demanda. Foi recomendado pelo governo federal estabelecer o diagnóstico do serviço ofertado, a partir das diretrizes estabelecidas, a fim de superar lacunas existentes dentro das RAS. Assim, o objetivo deste artigo foi investigar o cuidado disponível para crianças e adolescentes no Sistema Único de Saúde de Sergipe, segundo diretrizes do Ministério da Saúde para linhas de cuidado ao sobrepeso e obesidade.

2 Métodos

A pesquisa qualitativa de caráter avaliativo foi desenvolvida nos municípios-sede das microrregionais de saúde de Sergipe, entre maio de 2015 e junho de 2016. Ao total foram analisados 48 equipamentos de saúde de atenção primária e secundária nos sete municípios (Tabela 1). O estado caracteriza-se como o menor estado do país, localizado na região Nordeste, com uma população estimada em 2.318.822 pessoas, ocupando atualmente o 15º lugar do país no Índice de Desenvolvimento Humano e com uma cobertura média do Programa Saúde da

Família de 82,3% em 2018. Trata-se de uma análise que consiste em investigar as relações que se estabelecem no contexto de implementação e as mudanças decorrentes desse processo.

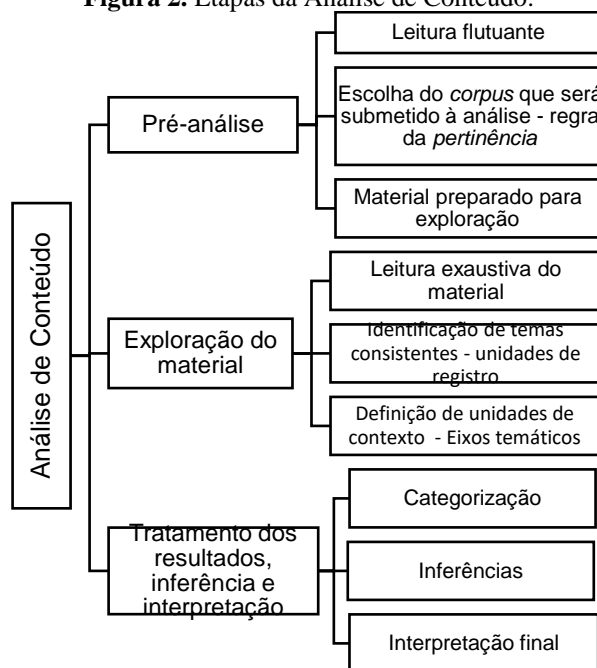
Tabela 1. Serviços das microrregiões de saúde de Sergipe participantes, Sergipe, Brasil, 2015-2016 (n=48)

| Município | Atenção Primária | Atenção Secundária | Total |
|--------------------------|-------------------------|---------------------------|--------------|
| Aracaju | 10 | 8 | 18 |
| Estância | 3 | 3 | 6 |
| Itabaiana | 3 | 0 | 3 |
| Lagarto | 4 | 3 | 7 |
| Nossa Senhora da Glória | 2 | 1 | 3 |
| Nossa Senhora do Socorro | 3 | 2 | 5 |
| Propriá | 4 | 2 | 6 |

A seleção dos sujeitos se deu pela amostragem em “bola de neve”, que utiliza cadeias de referência (VINUTO, 2014). Assim, foram localizados informantes-chave entre gestores de saúde da população infanto-juvenil, através de telefone e/ou e-mail, solicitando que esses indicassem novos profissionais da rede do município, até obter uma amostragem dos equipamentos de saúde de cada município (VINUTO, 2014). Cada equipamento foi representado por pelo menos um profissional da assistência, além dos gestores.

Entrevistas semiestruturadas foram conduzidas individualmente nos municípios (MENDES, 2018), seguindo um roteiro pré-definido, com base nas diretrizes para a organização das ações e serviços de prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade, preconizadas na Portaria nº 424/2013 do MS. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. A análise de conteúdo (AC), proposta por Bardin (2011), foi conduzida em três etapas: 1) pré-análise; 2) exploração/tratamento; e 3) interpretação (Figura 2).

Figura 2. Etapas da Análise de Conteúdo.



Fonte: Bardin, 2011.

A primeira etapa consistiu na leitura exaustiva do material e sistematização de ideias. Foi escolhido o *corpus* a ser submetido à análise, à formulação de hipóteses e à construção dos indicadores que fundamentariam a interpretação final. Na segunda etapa foi realizado o tratamento do texto analisado, a partir da leitura profunda do material transcrito. O último processo da AC consistiu na interpretação e inferência das categorias temáticas resultantes da exploração do material. As unidades de contexto das categorias foram distribuídas de acordo com a sua correspondência com a Portaria nº 424/13, divididas nas ações de Atenção Primária e Secundária, atentando-se às diretrizes que se aplicam à população considerada no estudo.

Todos os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), segundo a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (CAAE nº 23529913.0.0000.5546).

3 Resultados e discussão

Participaram da entrevista 46 sujeitos, entre eles 26 gestores (56,5%) e 20 profissionais da saúde (43,5%), sendo 76,1% da APS e 85,3% com mais de um ano de trabalho (Tabela 2).

Tabela 2. Características dos participantes entrevistados. Sergipe, Brasil, 2015-2016 (n=46)

| Função | N | % |
|--------------------------------|----------|----------|
| 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 | 7 | 16.3 |
| Assistência social | 5 | 11.6 |
| Educação física | 4 | 9.3 |
| Medicina | 3 | 7.0 |
| Fisioterapia | 2 | 4.7 |
| Odontologia | 1 | 2.3 |
| Psicologia | 1 | 2.3 |
| Tempo de serviço (n=34) | | |
| < 1 ano | 5 | 14.7 |
| 1 a 5 anos | 18 | 52.9 |
| > 5 anos | 11 | 32.4 |

A análise de conteúdo resultou em cinco categorias: 1) Vigilância alimentar e nutricional e estratificação de risco para cuidado do sobrepeso/obesidade; 2) Promoção da saúde e prevenção da obesidade de forma intersetorial; 3) Acolhimento nos equipamentos da APS; 4) Apoio matricial e assistência multiprofissional.

3.1 Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) e estratificação de risco para cuidado do sobrepeso/obesidade

A organização do cuidado para o sobrepeso/obesidade deve ocorrer a partir do diagnóstico local que, historicamente, prioriza crianças (CAISAN, 2014). Foi possível observar nos discursos que a busca ativa dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) é um momento oportuno para o levantamento dos dados antropométricos e de saúde da população adscrita.

“Cada microárea tem um agente de saúde responsável por dar cobertura a essas crianças. Tem o dia de cada agente de saúde que vai à sua microárea, faz o levantamento do peso e no dia da avaliação passa para equipe. Os que estão com problemas de obesidade, a gente acaba pedindo apoio da especialidade de pediatria”. (UBS2).

As estratégias para prevenção da obesidade no âmbito das organizações de saúde e da comunidade também incluem o rastreamento do estado nutricional para identificação precoce de algum desvio. Este processo deve acontecer nas consultas programadas e na busca ativa pelas equipes de saúde (BRASIL, 2014). No entanto, identifica-se, nas falas, a concentração desta atribuição no profissional ACS, indicando uma limitação das oportunidades.

Outro recurso utilizado pelas equipes para levantamento das informações antropométricas é o diagnóstico nutricional no Programa Saúde na Escola (PSE). No programa, as ações são produzidas no território, de acordo com a cobertura das equipes, estimulando a intersetorialidade entre os equipamentos de saúde e de educação (BRASIL, 2011b).

Identificou-se uma concentração das ações no diagnóstico em saúde, realizadas pontualmente, e sem um real monitoramento nutricional e de consumo alimentar dos estudantes, o que evidencia importante fragilidade na VAN e falta de continuidade das ações, consoante com outros estudos (SOUZA; SANTOS, 2017). A literatura também mostra limitações na escassa exploração das informações pelos profissionais, além de poucas ações de promoção da saúde e prevenção do excesso de peso (THORNBERRY; BODZIONY; GROSS, 2020). Foi possível identificar que essa avaliação se constitui como atividade-fim, sem articulação com outras ações propostas pelo programa.

“A única coisa que a gente faz é quando tem o PSE, que vai lá na escola para medir o peso e a altura das crianças. Só isso e mais nada. Desde quando eu faço PSE, a gente identifica obeso, sobrepeso e desnutrido... é só identificação por identificação. Não se faz nada, nem uma palestra.” (USF3).

3.2 Promoção da saúde e prevenção da obesidade de forma intersetorial

A comunicação entre os setores e a formulação de estratégias para monitoramento do público infanto-juvenil ainda é um grande desafio. O elo entre saúde e educação, por exemplo, é imprescindível para alcançar esse grupo populacional, especialmente por comparecer pouco aos serviços de saúde (BRAVO *et al.*, 2020).

No que diz respeito às ações de promoção da saúde e prevenção do excesso de peso, os entrevistados mostraram o reconhecimento do PSE como um programa essencial para o desenvolvimento de ações e pontuaram o apoio de outros setores como facilitador nesse cuidado.

“O PSE faz as ações junto com o NASF, que é o núcleo de apoio às equipes de estratégia de saúde da família. Ela faz a parte de rodas de conversa sobre sobrepeso, obesidade e faz trabalhos lúdicos, cartazes feitos com revistas.” (PSE3).

Na Finlândia e na China, por exemplo, experiências de promoção à saúde mostraram o papel importante dos profissionais da APS no enfrentamento de DCNT (SILVA; COTTA; ROSA, 2013). Os cuidados voltados para a população infanto-juvenil são desafiadores e demandam ação integrada dos membros da equipe de saúde, em esforço conjunto da sociedade e do governo (BRAVO *et al.*, 2020).

A importância da promoção da saúde e de ações intersetoriais como pontos-chave para melhorar as condições de saúde é cientificamente reconhecida. O envolvimento da APS enquanto coordenadora do cuidado pode ser um instrumento eficaz de combate à obesidade. Apesar disso, a maior parte dos atendimentos ocorre em hospitais e centros de referência, distanciando a possibilidade de ações promotoras no contexto comunitário. Portanto, é imprescindível que a atenção em saúde ultrapasse os muros dos centros de média e alta complexidade e envolva a participação da atenção primária com outros setores da sociedade (THORNBERRY; BODZIONY; GROSS, 2020).

Os discursos demonstraram intervenções dentro e fora da rotina das Unidades e Academias da Saúde, sendo este último um programa promissor na ampliação das estratégias de promoção da saúde. Porém, não se fala em ações para o público infanto-juvenil, pois o maior foco está no público adulto e idoso.

3.3 Acolhimento nos equipamentos da APS

O acesso de crianças e adolescentes aos serviços municipais ocorre, principalmente, através de demanda programada, em ações de rotina como a puericultura, e atividades do PSE.

“Nós temos o atendimento realizado pela puericultura, que é o atendimento de rotina e acompanhamento à criança menor de um ano. E daí por diante virá nas fases de criança, adolescência, vida adulta. Nós temos o acompanhamento junto ao PSE (...), ele vai desde as creches até as escolas, que vai até próximo aos 18 anos.” (CAB2).

Pensando em uma linha de cuidado, é importante que o serviço seja ampliado para além das ações de acompanhamento da puericultura, levando em consideração a especificidade e problemática das doenças crônicas em grupos infanto-juvenis e suas famílias (NÓBREGA *et al.*, 2018). Nesse sentido, a eficiente captação e acolhimento depende de profissionais da saúde capacitados e sensibilizados com a temática (THORNBERRY; BODZIONY; GROSS, 2020). No entanto, alguns discursos relataram dificuldades no reconhecimento da gravidade do excesso de peso, que resulta em fragilidade.

“Como a Estratégia Saúde da Família, que é a porta de entrada, o nosso primeiro atendimento mesmo é na atenção básica. O generalista vai fazer a avaliação e os encaminhamentos. Mas, de fato, nos interiores não têm o serviço voltado só para o paciente obeso. A gente tem até dificuldade em organizar essa questão. Ele fica mesmo dentro das outras demandas.” (CAB6).

Os grupos para pessoas com excesso de peso desenvolvidos pelo NASF, ainda que ocorram, são voltados apenas para o público adulto, demonstrando que crianças e adolescentes com obesidade não são vistos com a mesma prioridade que adultos na mesma condição.

“A atuação do NASF nesse sentido, talvez falhe, né? Porque... como a gente tem outros grupos para trabalhar, a gente fica esperando um pouco da parte da alimentação escolar. A gente não realiza muito com esse público, a gente realiza mais com o público adulto.” (NASF4).

Ainda nesse sentido, as percepções dos profissionais entrevistados mostram que a falta de reconhecimento da obesidade infantil como um problema de saúde sofre influências do contexto familiar. Estudos mostram que o excesso de peso em idade escolar não é visto com seriedade, considerado como questão de “aparência” pelos responsáveis.

“Às vezes até os próprios pais, a família não reconhece, acha que é bonitinho, que é saudável” (UBS2).

A criança torna-se vítima de uma situação que foge ao seu controle, já que o acesso ao tratamento depende dos familiares, que nem sempre têm esclarecimentos sobre os trâmites dos serviços, e/ou das políticas públicas de saúde (PEDROSO; MOTTA, 2009).

“A primeira coisa é a dificuldade familiar, eu acho... Porque tratar obesidade infantil não é tratar a criança, é tratar a família. A família é bem complicada, complexa, porque atrás de uma criança obesa tem um pai e uma mãe obeso. E a gente já faz esse estadiamento também de pais e eu acho que esse entrave... O segundo ponto [é] a falta de visão da gestão daqui, da prefeitura. Eles lavam as mãos para esse aspecto. Ainda não perceberam o problema ou não querem perceber. Não sei.” (CEMCA1).

Há uma importante contradição entre os documentos institucionais e a prática, considerando, primeiramente, a infância e a adolescência como momentos promissores para a formação de hábitos alimentares saudáveis; e segundo, a desatenção ao público julgado promissor frente a tais modificações. Responsabiliza-se unicamente às famílias pela condição de obesidade desse público, em uma visão simplista sobre sua ocorrência e desresponsabilizada do cuidado.

A falta de sensibilização profissional e familiar revela um entrave para a criação de uma rede de cuidado para o excesso de peso e problemas nutricionais tornam-se cada vez mais

“preocupação de todos e responsabilidade de ninguém”. Os achados deste estudo, extraídos das falas dos profissionais entrevistados, corroboram com a literatura ao demonstrar que a influência de fatores familiares e sociais, e a qualificação da prática assistencial são aspectos basilares no cuidado a esta condição de saúde (SANTOS *et al.*, 2017).

3.4 Apoio matricial e assistência multiprofissional

O Apoio Matricial é uma tecnologia de trabalho colocada como estratégia para integrar as equipes de Saúde da Família ao NASF, por meio da troca de saberes e práticas, compartilhamento e corresponsabilização dos problemas do território (FITTIPALDI; BARROS; ROMANO, 2017). O discurso abaixo relata a parceria entre as equipes e sua importância no processo de trabalho do SUS.

“Uma vez que a gente recebe a ficha do paciente eu encaminho para a nutricionista. Ela faz a avaliação, a gente chama esse paciente e ele vai ser acompanhado. Quando é dado alta, a gente chama, faz uma reunião com as enfermeiras e explica a situação, como a gente ‘tá’ deixando o paciente, ou seja, é uma contrarreferência. Então funciona dessa forma: é da equipe de saúde da família para o NASF e do NASF ele volta para gente dar uma resposta de como ‘tá’ sendo o acompanhamento desse paciente.” (NASF5).

O compartilhamento de saberes entre profissionais generalistas da ESF e especialistas vêm sendo realizada em vários países como forma de ampliar as ações da APS e qualificar o cuidado, denominados como *Shared Care*. Ocorre uma participação conjunta entre profissionais da APS e especialistas no planejamento de cuidados aos usuários crônicos, para além da referência e contrarreferência (LYTHGOE; ABRAHAM, 2016).

A condição complexa e multifatorial da obesidade exige uma interrelação de profissionais com os usuários e articulação intersetorial para enfrentar os agravantes dessa condição. Ademais, a parceria entre as equipes do NASF e ESF possui potencial para a melhoria das práticas e planejamento das ações em saúde (MELO; BARBOSA, 2018).

Um estudo de âmbito nacional realizado por Florindo *et al.* (2016) demonstrou que, em municípios que contavam com o serviço especializado do NASF, as ações de alimentação saudável eram mais presentes em comparação com aqueles que não o tinham. No entanto, ao passo que em alguns municípios a interação entre as ESF e o NASF auxiliam no cuidado aos pacientes com excesso de peso, em outras regiões a falta desse apoio interdisciplinar dificulta o atendimento a essa demanda, conforme relatado abaixo.

“Talvez um apoio matricial para essas equipes já ajudaria bastante... Se o gargalo for a rede especializada, que normalmente é, aí vem a história do NASF. O NASF é uma ajuda não só na parte de promoção e prevenção, mas no matriciamento, dando suporte, acompanhando junto. Eu acho que é uma coisa que poderia ajudar bastante (...) [pois] o PSE sozinho não consegue agir e eu tenho tido essa dificuldade.” (PSE2).

Tesser e Neto (2017) defendem o cuidado especializado aos usuários como forma de dar efetividade à APS, além de possibilitar a integralidade do SUS. Entretanto, é comum um trabalho isolado, onde especialistas recebem os pacientes encaminhados pela APS sem conhecer os profissionais que os referenciaram. Assim, os especialistas tendem a criar um vínculo assistencial solitário, com retenção desnecessária de pacientes, gerando filas de espera e fragilizando a ligação com a APS (TESSER; NETO, 2017).

Apesar do reconhecimento da atuação multiprofissional e do NASF como importante parceiro no cuidado à saúde, há muito a superar na lógica fragmentada de trabalho em saúde. Mendes(2018) afirma que o SUS ainda não está preparado para enfrentar as doenças crônicas, devido à ausência de modelos de atenção efetivos, sobretudo que ultrapassem a lógica de encaminhamento para atuação conjunta.

Os resultados foram construídos a partir da percepção de profissionais e gestores de saúde e necessitam, portanto, de cautela quanto à sua generalização. Sugere-se que outros estudos com maior abrangência sejam realizados, como forma de contribuir para discussão do tema, ainda escasso na literatura.

4 Considerações Finais

Os resultados demonstraram a existência de lacunas na linha de cuidado para o sobrepeso/obesidade de crianças e adolescentes na Rede de Atenção à Saúde de Sergipe pelo uso incipiente da VAN, dificuldade de articulação intersetorial, desresponsabilização e pouca priorização do público infanto-juvenil nos diferentes pontos da rede. Foram observadas ações descontinuadas e ausência de fluxos definidos, principalmente na APS, além de dificuldades de acesso às especialidades. Na opinião dos profissionais, os usuários também são um fator de fragilidade, devido à falta de adesão ao tratamento. Por outro lado, identificou-se como pontos positivos a existência do diagnóstico, oferta de serviços nas unidades de saúde e a existência de parcerias intrasetoriais.

A estruturação da linha de cuidado para o excesso de peso dentro da RAS requer a organização de respostas proativas e contínuas, corresponsabilização dos profissionais de saúde e gestores, além da oferta de ações promotoras e curativas, de forma intersetorial. As

informações apresentadas potencializam o debate em torno das políticas de enfrentamento da obesidade para o público infanto-juvenil nos serviços de saúde.

Referências

ANJOS, L. A. dos; TEIXEIRA, F. da C.; WAHRLICH, V.; VASCONCELLOS, M. T. L. de; GOING, S. B. Body fat percentage and body mass index in a probability sample of an adult urban population in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 73–81, 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. **Orientações para elaboração do projeto municipal PSE - 2010**. Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2011b.

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: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRAVO, A.; FOLEY, B. C.; INNES-HUGHES, C.; O'HARA, B. J.; RISSEL, C. The equitable reach of a universal, multisector childhood obesity prevention program (Live Life Well @ School) in Australian primary schools. **Public health research & practice**, [s. l.], v. 30, n. 1, p. 1–7, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.17061/phrp3012003>

CAISAN. **Estratégia intersetorial de prevenção e controle da obesidade: recomendações para estados e municípios**. Brasília: Caisan, 2014.

DIAS, P. C.; HENRIQUES, P.; DOS ANJOS, L. A.; BURLANDY, L. Obesity and public policies: The Brazilian government's definitions and strategies. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 7, p. 1–12, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00006016>

ENES, C. C.; SLATER, B. Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 163–171, 2010.

FITTIPALDI, A. L. de M.; BARROS, D. C. de; ROMANO, V. F. Apoio matricial nas ações de alimentação e nutrição: visão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 793–811, 2017.

FLORINDO, A. A.; NAKAMURA, P. M.; JÚNIOR, J. C. de F.; SIQUEIRA, F. V.; REIS, R. S.; CRUZ, D. K. A.; HALLAL, P. C. Promoção da atividade física e da alimentação saudável

e a saúde da família em municípios com academia da saúde. **Revista Brasileira de Educação Física Esporte**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 913–924, 2016.

LYTHGOE, M. P.; ABRAHAM, S. Good practice in shared care for inflammatory arthritis. **Br J Gen Pract.**, [s. l], p. 275–277, maio 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.3399/bjgp16X685177>

MELO, A.; BARBOSA, T. M. Atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: o entendimento de profissionais da estratégia de saúde da família de um município catarinense. **Tempus, Actas de saúde coletiva**, Brasília, v. 11, n. 2, p. 25–39, 2018.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MENDES, E. V. Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 431–436, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.16152017>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atlas da obesidade infantil no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

NÓBREGA, V. M. da; REICHERT, A. P. da S.; VIERA, C. S.; COLLET, N. Longitudinality and continuity of care for children and adolescents with chronic diseases. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 656–663, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150088>

NÓBREGA, V. M. da; SOUZA, M. H. do N.; SANTOS, M. M.; SILVA, M. E. de A.; COLLET, N. Governança e suporte da rede social secundária na atenção à saúde de crianças e adolescentes com doenças crônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 3257–3266, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.13942018>

PEDROSO, M. de L. R.; MOTTA, M. da G. C. da. Criança e família convivendo com a doença crônica: mesossistema em ligação com a vulnerabilidade programática. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 493–499, 2009.

D. F. B. dos; STRAPASSON, G. C.; GOLIN, S. D. P.; GOMES, E. C.; WILLE, G. M. F. de C.; BARREIRA, S. M. W. Implicações da pouca preocupação e percepção familiar no sobrepeso infantil no município de Curitiba, PR, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1717–1724, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.13462015>

SILVA, L. S. da; COTTA, R. M. M.; ROSA, C. de O. B. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington D.C., v. 34, n. 5, p. 343–350, 2013.

SILVA, M. E. de A.; REICHERT, A. P. da S.; SOUZA, S. A. F. de; PIMENTA, E. A. G.; COLLET, N. Chronic disease in childhood and adolescence: family bonds in the healthcare network. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 2, p. 1–11, 2018.

SOUZA, L. M. S. de; SANTOS, S. M. C. dos. Política Nacional de Alimentação e Nutrição: avaliação da implantação de programas em municípios baianos. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 137–156, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/demetra.2017.26371>

SWINBURN, B. A. *et al.* The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. **The Lancet**, [s. l.], v. 393, n. 10173, p. 791–846, 2019. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32822-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32822-8)

TESSER, C. D.; NETO, P. P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 941–952, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.18842016>

THORNBERRY, T. S.; BODZIONY, V. R.; GROSS, D. A. Provider Practice and Perceptions of Pediatric Obesity in Appalachian Kentucky. **Southern Medical Journal**, [s. l.], v. 112, n. 11, p. 553–559, 2020.

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