

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DO
CUIDADO DE ENFERMAGEM MESTRADO PROFISSIONAL**

FABRÍCIA MARTINS SILVA

**ACOMPANHAMENTO DA PESSOA COM SOBREPESO OU
OBESIDADE COM ÊNFASE NOS FLUXOGRAMAS: UMA
ESTRATÉGIA DE CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE**

Florianópolis
2019

FABRÍCIA MARTINS SILVA

**ACOMPANHAMENTO DA PESSOA COM SOBREPESO OU
OBESIDADE COM ÊNFASE NOS FLUXOGRAMAS: UMA
ESTRATÉGIA DE CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Mestre Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Luciana Fabiane Sebold

Florianópolis
2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Silva, Fabricia Martins

Acompanhamento da Pessoa com Sobrepeso ou
Obesidade com ênfase nos Fluxogramas : uma
estratégia de cuidado na Atenção Primária à Saúde /
Fabricia Martins Silva ; orientador, Luciara Fabiane
Sebold, 2019.
155 p.

Dissertação (mestrado profissional) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de
Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em
Gestão do Cuidado em Enfermagem, Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

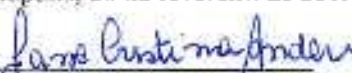
1. Gestão do Cuidado em Enfermagem. 2. Atenção
Primária à Saúde. 3. Fluxogramas. 4. Obesidade. 5.
Sobrepeso. I. Sebold, Luciara Fabiane. II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de
Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem.
III. Título.

Fabrcia Martins Silva

**"ACOMPANILAMENTO DA PESSOA COM
SOBREPESO OU OBESIDADE COM ÊNFASE NOS
FLUXOGRAMAS: UMA ESTRATÉGIA DE
CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE"**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de "Mestre Profissional" e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem.

Florianópolis, 28 de fevereiro de 2019.



Prof.^a Jane Cristina Anders, Dr.^a

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem

Banca Examinadora:



Prof.^a Laciara Fabiane Sebold, Dr.^a

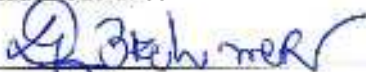
Orientadora

Universidade Federal de Santa Catarina



Prof.^a Juliana Balbinoti Reis Grondi, Dr.^a

Universidade Federal de Santa Catarina



Prof.^a Laura Bremer, Dr.^a

Universidade Federal de Santa Catarina



Prof.^a Sabrina Silva de Souza, Dr.^a

Universidade Federal de Santa Catarina

AGRADECIMENTOS

Em todo momento agradeço a Deus, pois creio que na infinitude do mundo não há sabedoria maior que a Dele e agradeço àqueles que me regem, pois na ancestralidade me fortaleci e me confortei nos períodos nebulosos.

À minha mãe que sempre se fez alicerce na minha vida, me preenchendo do mais puro amor, de carinho, de compreensão e de cumplicidade.

Ao meu amado pai (in memorian) que me ensinou a enxergar a vida com alegria, a fazer amigos e até mesmo no momento da sua partida me ensinou que para se fazer inesquecível não existe mistério, porém é algo reservado para poucos. Por mim, por ti, por nós estou aqui.

À minha avó Irma (in memorian) que na sua humildade me oportunizou o primeiro contato com o cuidado, fazendo uso das receitas que a vida lhe ensinou.

Ao meu esposo e filha, os quais me ensinaram a definição de lar e que são minha fonte de força, aconchego e amor.

À minha orientadora, Prof.^a Dra. Luciara Fabiane Sebold. Tenho a convicção de que a vida não me permitiu ser a orientanda que você merecia, mas certamente você foi a orientadora que eu precisava, para sempre estarás guardada em meu coração.

Aos amigos da Diretoria de Atenção Primária que fazem meus dias de trabalho e a vida mais felizes, sem vocês não seria possível. Agradeço por também serem minha família.

À banca de qualificação e banca examinadora pelas contribuições valiosas e acima de tudo pela compreensão das minhas fragilidades.

À Dra. Sabrina Silva de Souza que com sua discrição me ensina todos os dias e mostrou-se uma amiga singular.

Ao meu primo querido Wellington sempre será meu diagramador favorito, sei que existe reservado pra você um futuro brilhante.

Aos meus familiares que das mais diversas formas me deram o suporte que eu precisava.

À minha casa acadêmica, Universidade Federal de Santa Catarina, por participar da construção da profissional que sou e ao Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado de Enfermagem, por me viabilizar o regresso a essa instituição de ensino de excelência.

“O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.”

Leonardo Boff

SILVA, Fabrícia Martins. Acompanhamento da pessoa com sobrepeso ou obesidade com ênfase nos fluxogramas: uma estratégia de cuidado na Atenção Primária à Saúde. 2019. 155p. Dissertação (Mestrado Profissional) – Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Luciara Fabiane Sebold

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável, adoecer e morrer.

RESUMO

A obesidade caracteriza-se como uma Doença Crônica Não Transmissível com elevados índices de mortalidade e morbidade. Por configurar-se como doença e fator de risco para o desenvolvimento de outros agravos, tem se mostrado um desafio para os gestores, equipes e sistema de saúde. O presente estudo teve como objetivo: desenvolver com os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) do município de São José, fluxogramas de acolhimento e acompanhamento das pessoas em condição de sobrepeso ou obesidade. Trata-se de um estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa com produção tecnológica, estruturado por três momentos distintos: o desenvolvimento de oficinas de sensibilização com caráter educativo voltadas aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para a construção de Matriz de Intervenção para o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade em São José; o levantamento de propostas essenciais para o cuidado da obesidade e do sobrepeso pela equipe multiprofissional e subsequentemente o desenvolvimento dos fluxogramas de acolhimento e acompanhamento da obesidade e do sobrepeso. O estudo foi desenvolvido junto aos profissionais de saúde da Rede de Atenção Primária à Saúde do município de São José/SC. Ao todo participaram da pesquisa 81 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e 21 profissionais da equipe multiprofissional (enfermeiros da ESF, médicos da ESF, odontólogos, pediatras, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos, psicólogos, assistentes sociais e profissionais de educação física); com atuação superior a seis meses no município de São José, atuando diretamente na assistência e no acompanhamento das pessoas na rede municipal. A análise dos dados obtidos foi realizada de acordo com o método de Análise de Conteúdo de Bardin. Para a construção dos fluxogramas foi utilizado o método Six Sigma e respeitadas suas cinco

etapas básicas: Define (Definição), Measure (Medição), Analyze (Análise), Improve (Melhoria) e Control (Controle). Concluiu-se que os profissionais se reconheceram enquanto personagens essenciais para a qualificação do cuidado enquanto possuidores de saber científico e conhecedores da realidade dos territórios, além disso, tornou-se evidente que a construção coletiva de ferramentas para o cuidado potencializa a factibilidade das mesmas e viabiliza a adesão por parte das equipes de saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Sobrepeso. Obesidade. Fluxograma.

SILVA, Fabrícia Martins. The overweight or obesity patients management with emphasis on flowcharts: one of Primary HealthCare strategy to take care of people.2019. 155p. Dissertation (Professional Master) - Post-Graduation Program in Nursing Care Management of Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2019.

Advisor: Doctor Luciara Fabiane Sebold

Line of Research: The care and the process of living, being healthy, getting sick and die.

ABSTRACT

Obesity is a chronic, non-communicable disease with high rates of mortality and morbidity. Nowadays, because it is a risk factor to develop other diseases, obesity is a challenge for public health managers and health care teams. This work aimed flowcharts to provide reception and support structures to take care of overweight and obese patients, along with Primary Health Care (PHC) professionals from São José, Santa Catarina, Brazil. It was applied an a exploratory, descriptive research-action study, with a qualitative and technological production approach, based on three separate procedures: Execution of educative workshops for Community Health Agents in order to develop an Intervention Matrix to support local patients facing overweight and obese problems; Colletion of the multiprofessional team essential proposals regarding procedures to take care of overweight and obese patients, and the developing a flowchart to support and to monitor these patients. The study has been developed with Primary Health Care professionals, all of them working more than six months at São José. They were: 81 Community Health Agents, 21 multiprofessional team (nurses from Family Health Strategy, doctors from Family Health Strategy, odontologists, paediatricians , nutritionists, physiotherapists, pharmaceutical, psychologists, social workers, Physical Education professionals). Data analysis were based on Bardin's content Analysis perspective. The flowchart was based on Six Sigma methodology, and all its five phases were respected: Define Measure, Analyze, Improve and Control. The results indicate that all professionals involved recognized themselves as essential characters to improve health care due to their scientific and territory knowledge. Besides, it become evident

that the collective construction of working tools in the health area potentializes its usage for the health teams.

Key-words: Primary Health Care (PHC), Overweight, Obesity, Flowchart

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|------------|
| Figura 1 – Percentual de indivíduos com excesso de peso (IMC ≥ 25 kg/m ²) no conjunto da população adulta (≥ 18 anos) das capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade..... | 36 |
| Figura 2 - Rede de Atenção à Saúde | 40 |
| Figura 3 – Principais símbolos do fluxograma de decisão..... | 47 |
| Figura 4 – Etapas do Método Six Sigma..... | 64 |
| Figura 5 – Matriz de Intervenção 1..... | 103 |
| Figura 6 – Matriz de Intervenção 2..... | 104 |
| Figura 7 – Matriz de Intervenção 3..... | 105 |
| Figura 8 – Matriz de Intervenção 4..... | 106 |
| Figura 9 – Fluxograma de Acolhimento ao Sobrepeso e à Obesidade..... | 107 |
| Figura 10 – Fluxograma de Identificação do Sobrepeso ou Obesidade pelo ACS..... | 108 |
| Figura 11 – Fluxograma de Atenção ao Sobrepeso (IMC de 25 a 29,9)..... | 109 |
| Figura 12 – Fluxograma de Atenção à Obesidade (IMC ≥ 30)..... | 110 |
| Figura 13 – Continuação do fluxograma de Atenção à Obesidade (IMC ≥ 30)..... | 111 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|-----------|
| Quadro 1 – Temas prioritários da Política Nacional de Promoção da Saúde..... | 31 |
| Quadro 2 – Estratégias para impulsionar a Política Nacional de Promoção da Saúde..... | 32 |

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

| | |
|----------|---|
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CONASEMS | Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde |
| CONASS | Conselho Nacional de secretários de Saúde |
| DATASUS | Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde |
| DCNT | Doenças Crônicas Não Transmissíveis |
| DCV | Doença Cardiovascular |
| EFOS | Escola de Formação em Saúde |
| EPS | Educação Popular em Saúde |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| HIPERDIA | Hipertensão e Diabetes |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IMC | Índice de Massa Corporal |
| MS | Ministério da Saúde |
| NASF-AB | Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica |
| NEP | Núcleo de Educação Permanente |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PAS | Programação Anual de Saúde |
| PMAQ AB | Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica |
| PNAB | Política Nacional de Atenção Básica |
| PNH | Política Nacional de Humanização |
| PNPS | Política Nacional de Promoção da Saúde |
| PSE | Programa Saúde na Escola |
| RAS | Rede de Atenção à Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UPA | Unidade de Pronto Atendimento |
| VAN | Vigilância Alimentar e Nutricional |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 17 |
| 2 OBJETIVO..... | 19 |
| 2.1 Objetivo Geral..... | 19 |
| 2.2 Objetivos Específicos..... | 19 |
| 3 REVISÃO DE LITERATURA..... | 21 |
| 3.1 Política Nacional de Promoção da Saúde..... | 21 |
| 3.1.1 As Estratégias para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis..... | 25 |
| 3.1.2 Obesidade, um agravo que pesa..... | 26 |
| 3.2 A Importância da RAS e da APS na Atenção ao Sobrepeso e a Obesidade..... | 29 |
| 3.2.1 Acolhimento à Obesidade na Atenção Primária à Saúde..... | 33 |
| 3.3 A Utilização de Tecnologias Leve-Duras nos Serviços de Saúde..... | 36 |
| 3.3.1 Organização do cuidado na APS através da utilização de Fluxogramas..... | 38 |
| 4 METODOLOGIA..... | 41 |
| 4.1 Tipo de Estudo..... | 41 |
| 4.2 Primeira Etapa: Oficinas de Sensibilização para a Estruturação do Cuidado à Pessoa com Sobrepeso ou Obesa em Parceria com os Agentes Comunitários de Saúde..... | 43 |
| 4.2.1 Local do Estudo..... | 43 |
| 4.2.2 Participantes do Estudo..... | 43 |
| 4.2.3 Coleta de Dados..... | 44 |
| 4.2.4 Análise de dados..... | 48 |

| | |
|---|------------|
| 4.3 Segunda Etapa: Levantamento de Propostas Essenciais para o Cuidado da Obesidade e Sobrepeso pela Equipe Multiprofissional..... | 49 |
| 4.3.1 Local do Estudo..... | 50 |
| 4.3.2 Participantes do Estudo..... | 51 |
| 4.3.3 Coleta de dados..... | 52 |
| 4.3.4 Análise dos dados..... | 53 |
| 4.4 Terceira Etapa: Desenvolvimento dos Fluxogramas..... | 55 |
| 4.5 Considerações Éticas..... | 57 |
| 5 RESULTADOS..... | 59 |
| 5.1 Manuscrito 1..... | 59 |
| 5.2 Manuscrito 2..... | 75 |
| 5.3 Produto de Inovação Tecnológica de Gestão do Cuidado..... | 95 |
| 5.3.1 Matrizes de Intervenção para o Enfrentamento da Obesidade e do Sobrepeso em São José..... | 97 |
| 5.3.2 Fluxogramas de Acolhimento e Acompanhamento do Sobrepeso e à Obesidade..... | 101 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 107 |
| REFERÊNCIAS..... | 110 |
| APENDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 125 |
| APENDICE B – Roteiro de Desenvolvimento da Oficina 1..... | 128 |
| APENDICE C – Roteiro de Desenvolvimento da Oficina 2..... | 131 |
| APENDICE D – Roteiro de Desenvolvimento da Oficina 3..... | 134 |
| APENDICE E – Ficha de Participação na Oficina Multiprofissional..... | 136 |
| APENDICE F – Ficha de Avaliação da Oficina..... | 137 |
| APENDICE G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 140 |
| ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Macroprojeto..... | 143 |
| ANEXO B – Relatório da Avaliação do Estado Nutricional dos Escolares..... | 146 |

1. INTRODUÇÃO

A obesidade está diretamente relacionada com as mudanças vivenciadas pela sociedade, pois além da transição demográfica, também experimentamos uma transição epidemiológica, com diminuição das doenças infecciosas e aumento das doenças crônicas e a transição nutricional, com queda da desnutrição e aumento do excesso de peso, em todas as idades e classes de renda (BRASIL, 2014a).

Considerando o contexto epidemiológico das DCNT, a obesidade pode ser considerada, concomitantemente, uma doença e um fator de risco para o desenvolvimento de outros agravos desta natureza, dentre eles a hipertensão arterial e a diabetes que assim como o sobrepeso e a obesidade, apresentam aumento significativo nas taxas de prevalência (WANNMACHER, 2016).

O padrão alimentar atual, por sua vez, é caracterizado por uma abundância e variedade de alimentos ricos em açúcar e em gordura, com sabor apelativo e elevada densidade energética. Quando relacionados, o sedentarismo e o acesso a alimentos de baixo custo e agradáveis ao paladar tem tornado o ambiente cada vez mais obesogênico, quase de globalmente (RIBEIRO; SANTOS, 2013).

Este crescimento vertiginoso dos índices de sobrepeso e obesidade na população brasileira tem sido responsável por uma grande inquietação, já que agravos em saúde consequentes dessa nova condição têm ocupado posição de destaque no quadro de mortalidade brasileira (BASTOS; SOUZA; OLIVEIRA, 2014).

Diante do cenário mundial e nacional, o aumento da população que apresenta agravos crônicos não transmissíveis enfatiza a necessidade dos serviços de saúde em atenderem a demanda de maneira organizada e qualificada. Neste contexto, o fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS) é fundamental, pois através dos seus diferentes níveis, são capazes de estruturar ações para minimizar a incidência do sobrepeso e da obesidade na população, melhorando assim a qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 2014b).

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) compõem o conjunto de condições que, em geral, estão relacionadas à multifatorialidade com coexistência de determinantes biológicos e socioculturais. Estes agravos caracterizam-se pelo desenvolvimento gradual, prognóstico imprevisível e duração indefinida (BRASIL, 2013). Cabe ressaltar a relevância dos determinantes sociais e condicionantes,

além de fatores de risco individuais como tabagismo, consumo de álcool, inatividade física e alimentação não saudável, enquanto predisponentes para a ocorrência das DCNT (MALTA; SILVA, 2013).

Além da mortalidade, as DCNT apresentam forte carga de morbidades relacionadas. São responsáveis por grande número de internações, bem como estão entre as principais causas de amputações, de perdas de mobilidade e de funções neurológicas. Envolvem também perda significativa da qualidade de vida, que piora à medida que a doença se agrava (BRASIL, 2013).

As DCNT são consideradas um preocupante problema de saúde pública no cenário mundial. De acordo com o publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no Relatório Mundial sobre Doenças Não Transmissíveis, dos 38 milhões de mortes que ocorreram no mundo em 2012, 68% estão relacionadas às DCNT (WHO, 2014).

Acompanhando esse movimento mundial, no Brasil, em 2013, as DCNT foram a causa de aproximadamente 72,6% das mortes (DATASUS, 2015). Este cenário evidencia uma mudança no comportamento das doenças, e se apresenta como um desafio para os gestores, profissionais e sistema de saúde (BRASIL, 2014).

A Atenção Primária à Saúde (APS) na RAS é capaz de compreender a dinâmica social e os determinantes de saúde de cada território, tornando-se local privilegiado para desenvolvimento de ações de promoção de saúde e enfrentamento do sobrepeso que acomete o indivíduo, as famílias e a população. Assim, as intervenções para a reversão do sobrepeso, das populações e dos indivíduos, precisam considerar as diversas concepções presentes na sociedade sobre alimentação, atividade física, corpo e saúde. A APS, além de acolher e tratar o indivíduo com excesso de peso deve ser a ordenadora do cuidado e centro de comunicação entre os demais pontos da Rede de Atenção, tentando garantir o cuidado integral (BRASIL, 2012a).

Para uma eficiente captação e acolhimento dessa demanda, os profissionais de saúde precisam estar capacitados e sensibilizados para essa temática ou problemática, entendendo que o excesso de peso é um agravo à saúde, com grande influência no desenvolvimento de outras doenças crônicas e que a reversão desse quadro pode e deve ser na maioria das situações realizada na Atenção Primária à Saúde (NICOLAU et al., 2014).

Por atuar profissionalmente em São José por 12 anos e durante esse período ter a oportunidade de desenvolver atividades assistenciais e

atualmente compor a equipe de gestão, devido à proximidade junto aos profissionais da rede e através do acompanhamento contínuo dos indicadores de saúde municipais apresentados pelos instrumentos de gestão do município, tornou-se perceptível o aumento da incidência dos principais agravos crônicos da APS que estão intimamente relacionados à obesidade e ao sobrepeso (doenças cardiovasculares e diabetes), bem como a inexistência de instrumentos direcionados para o acolhimento e acompanhamento do sobrepeso e da obesidade e de tecnologias que organizem e estruturam o cuidado dessa fatia da população. Diante de tal contexto, emergiu o seguinte questionamento: Como desenvolver coletivamente com os profissionais da APS estratégias para o acompanhamento do sobrepeso e da obesidade no âmbito do município?

Diante do proposto, se deduz que o presente estudo favoreça a estruturação do cuidado das pessoas obesas ou sobrepeso, já que tais estratégias tendem a nortear o acolhimento e o acompanhamento à população sobrepeso ou obesa no município e a instrumentalizarem os profissionais da rede para a qualificada tomada de decisão, através da utilização de tecnologias leves-duras, de acordo com aspectos essenciais à produção do cuidado e consequentemente ampliando a resolutividade das equipes de saúde.

2. OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

Desenvolver com os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) do município de São José, estratégias de acolhimento e acompanhamento com ênfase nos fluxogramas de atendimento dos usuários em condição de sobrepeso ou obesidade.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Elaborar Matriz de Intervenção com foco na prevenção, identificação e acompanhamento da obesidade e do sobrepeso com os ACS.
- b) Levantar junto à equipe multiprofissional da Atenção Primária à Saúde elementos essenciais para o cuidado do sobrepeso e da obesidade.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Para elaboração desta etapa, foi realizada revisão narrativa de literatura. A revisão de literatura é um método frequentemente utilizado na área da saúde visando o aprofundamento em determinado assunto em acervos da literatura para descrever o estado da arte de uma temática. Ainda que não apresente rigor metodológico, a revisão permite a aquisição e atualização de conhecimento de determinado tema em um curto espaço de tempo (ROTHER, 2007).

Sendo assim, foi realizada busca por artigos de pesquisas qualitativas sobre o tema, revisão de literatura, ensaios, relatos de experiência, reflexão teórica, publicados em inglês, espanhol ou português no período compreendido entre 01 de janeiro de 2007 a 31 de dezembro de 2017, nas seguintes bases de dados: Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (SciELO), National Center for Biotechnology Information (PUBMED) e Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), sendo utilizados os seguintes descritores/palavras-chave: atenção primária à saúde, sobrepeso, obesidade, fluxograma, primary healthcare, overweight, obesity, workflow, atención primaria de salud, sobrepeso, obesidade e flujo de trabajo.

Além das bases citadas anteriormente foram consultados cadernos, manuais, cartilhas, políticas públicas de saúde, protocolos, guidelines, publicados nas bases de dados selecionadas e estudos relevantes sobre a temática que estão na lista de referências das publicações supracitadas.

3.1 Política Nacional de Promoção da Saúde

A saúde é um direito humano fundamental inscrito na carta de fundação da OMS, em 1948, seguindo o compromisso mundial com a Declaração Universal dos Direitos do Homem. Ao mesmo tempo, a saúde faz-se um bem público, um efeito socialmente produzido pelas e nas redes de relação e disputas de sujeitos que almejam colocar determinados interesses e necessidades na agenda das políticas públicas (BARCELOS, 2016; MALTA et al., 2016).

A Promoção da Saúde, como conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, visando atender às necessidades sociais de saúde e garantir a melhoria da qualidade de vida

da população, emerge intrinsecamente marcada pelas tensões próprias à defesa do direito à saúde (CARVALHO, 2013).

No Brasil, a luta pelo direito à saúde é inerente à luta pela democracia e pela garantia constitucional dos direitos humanos. O Sistema Único de Saúde (SUS) é efeito da articulação de uma série de forças sociais e políticas em defesa da saúde como bem público e, ao mesmo tempo, é a forma como o Estado brasileiro se organizou para efetivar as políticas de saúde no país (MALTA, 2014; MALTA et al., 2016).

À medida que o SUS absorve a visão ampliada de saúde, no intuito de ascender à perspectiva hegemônica desta como ausência de doença, com base na avaliação dos efeitos dos condicionantes sociais, culturais, econômicos e bioecológicos e, paralelamente estruturar a articulação entre os diferentes setores e a sociedade para a redução de vulnerabilidades e riscos, se compromete com a Promoção da Saúde (MALTA, 2014).

Em 2006, o Ministério da Saúde (MS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) aprovaram a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), concebida na perspectiva de operar transversalmente, produzindo uma rede de corresponsabilidade pela melhoria da qualidade de vida, reconhecendo a importância dos condicionantes e determinantes sociais da saúde no processo saúde-doença, contribuindo com a mudança do modelo de atenção do SUS e incorporando a promoção à saúde (MALTA, 2016).

Na formulação da PNPS foram elencados temas prioritários, que acabaram por servir como dispositivo indutor para o fortalecimento de ações de promoção em todas as esferas do SUS. A inclusão destes temas considerou a magnitude do quadro de morbimortalidade, a transcendência, a atuação intersetorial e a efetividade das práticas de promoção da saúde na resposta aos eixos prioritários pelas três esferas de governo responsáveis pela gestão pública, conforme observado no quadro 1:

Quadro 1 – Temas prioritários da Política Nacional de Promoção da Saúde

| |
|--|
| Formação e educação permanente |
| Alimentação saudável e adequada |
| Práticas corporais e atividade física |
| Enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados |
| Enfrentamento do uso abusivo de álcool |
| Promoção da mobilidade segura e sustentável |
| Promoção da cultura da paz e de direitos humanos |
| Promoção do desenvolvimento sustentável |

Fonte: MALTA, et al., 2016.

Entre 2008 e 2010 foram inseridos no monitoramento de ações de promoção da saúde; repasses financeiros para projetos ou programas de promoção da saúde, como os de promoção de atividade física e alimentação saudável, prevenção do tabagismo, implementação de núcleos de prevenção de violência, vigilância e prevenção de lesões e mortes no trânsito. Estas ações também foram inseridas em 2011 no Plano Nacional de Saúde (2011-2015) e no Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde (2011-2015), destacando-se o Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, a implantação do Programa Academia da Saúde, a expansão do Programa Saúde na Escola e o Projeto Vida no Trânsito (MALTA et al., 2014; SOUZA et al., 2016).

Em 2011 foi lançado o Plano Nacional de Enfrentamento das DCNT 2011-2022, estabelecendo compromissos de gestão, priorizando ações e investimentos necessários para enfrentar e deter as DCNT e seus fatores de risco, dentre elas a obesidade por ser considerada concomitantemente uma doença e um fator de risco para o desenvolvimento de outros agravos desta natureza, dentre eles a hipertensão arterial e a diabetes que assim como o sobrepeso e a obesidade, apresentam aumento significativo nas taxas de prevalência (OPAS/OMS, 2011; BRASIL, 2014). Tal plano caracteriza-se como uma das estratégias para impulsionamento da PNPS, conforme descrito no quadro 2:

Quadro 2 – Estratégias para impulsionar a Política Nacional de Promoção da Saúde

Gestão intersetorial dos recursos na abordagem dos problemas e potencialidades em saúde, ampliando parcerias e compartilhando soluções na **construção** de políticas públicas saudáveis.

Capacidade de regulação dos Estados e municípios sobre os fatores de proteção e promoção da saúde.

Reforçar os processos de participação comunitário diagnóstico dos problemas de saúde e suas soluções reforçando a formação e consolidação de redes sociais e protetoras.

Promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, com ênfase no estímulo à alimentação saudável, atividade física, comportamentos seguros e combate ao tabagismo.

Promoção de ambientes seguros e saudáveis, com ênfase no trabalho com escolas comunidades.

Reforço à reorientação das práticas dos serviços dentro do conceito positivo de saúde, atenção integral e qualidade, tendo a promoção como enfoque transversal das políticas, programas, projetos e ações, com prioridade para a atenção básica e o Programa de Saúde da Família

Reorientação do cuidado na perspectiva do respeito à autonomia, à cultura, numa **interação** do cuidar/ser cuidado, ensinar/aprender, aberto à incorporação de outras práticas e racionalidades.

Fonte: MALTA et al., 2016.

Ao longo da trajetória da PNPS, no que se refere ao tema formação e educação permanente, foram inúmeros os processos de formação, desde seminários, debates, reuniões técnicas, capacitações sobre os diferentes temas, visando ampliar a compreensão do tema da promoção da saúde no SUS, com a participação de seus profissionais e gestores de estados e municípios, e representantes de instituições de ensino e pesquisa. A estratégia de realização de capacitações tem cumprido o papel de ofertar conteúdos que possam apoiar a qualificação de gestores e profissionais de saúde no tema da promoção da saúde (MALTA et al., 2016).

A atuação sobre os objetivos da PNPS se dá através do fortalecimento, estímulo e consolidação de algumas estratégias, dentre elas destaca-se a promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, com ênfase no estímulo a alimentação saudável, atividade física,

comportamentos seguros e combate ao tabagismo, sendo que esta se encontra intimamente relacionada à instalação de doenças crônicas não transmissíveis que impactam diretamente sobre a qualidade de vida e índices de morbidade e mortalidade da população.

3.1.1 As Estratégias para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são um problema de saúde global, uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano, sendo que, por isso têm gerado um elevado número de mortes prematuras, perda da qualidade de vida e alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer (LINHARES et al., 2012).

A crescente demanda de pessoas com DCNT constitui, atualmente, desafio para o sistema de saúde de vários países. Esse desafio está relacionado à escassez de recursos em saúde e à necessidade de produção de conhecimento que reverta em recursos que possibilitem a abordagem efetiva dessa população e de seus fatores de risco, levando em conta custo/benefício. Reconhece-se que as ações de promoção à saúde não só aumentam os investimentos em saúde, mas também trazem benefícios econômicos, em longo prazo, aos países (BRASIL, 2014).

Para o enfrentamento das DCNT pelos serviços de saúde, é importante ter como foco central as pessoas e seus familiares que esperam encontrar, no serviço de saúde, profissionais comprometidos com a qualidade na ação individual e em equipe (BRASIL, 2014).

Dentre as estratégias adotadas pelo SUS para o Brasil enfrentar e deter o avanço das DCNT destaca-se a construção do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Tal plano tem o objetivo de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados às doenças crônicas (MALTA; SILVA JUNIOR, 2014).

As metas propostas pelo plano são: reduzir a taxa de mortalidade prematura (menos de 70 anos) por DCNT; diminuir a prevalência de obesidade em crianças e adolescentes; deter o crescimento de obesidade em adultos; conscientização do portador do agravo e cuidador, para que sua patologia não se agrave, acarretando outros fatores de risco, com base nos protocolos clínicos (MALTA; SILVA JUNIOR, 2014).

Por tratar-se a obesidade de um fator de risco modificável comum ao desenvolvimento de outras DCNT, o Plano de Enfrentamento das DCNT define diretrizes e ações em: a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento; b) promoção da saúde; c) cuidado integral, através de instrumentos operacionais que viabilizem a consecução do plano. No eixo de promoção da saúde, estão elencadas as seguintes ações prioritárias: atividade física, alimentação saudável, tabagismo e álcool e envelhecimento ativo; sendo que a segunda ação apresenta a implantação do Plano Intersetorial de Controle e Prevenção da Obesidade, visando à redução da obesidade na infância e na adolescência e à detenção do crescimento da obesidade em adultos (BRASIL, 2014).

O sobrepeso e a obesidade são responsáveis pela morte anual de aproximadamente 2,8 milhões de pessoas em decorrência das doenças cardíacas, acidente vascular encefálico e diabetes. Além disso, sabe-se que o aumento do índice de massa corporal elevado também aumenta os riscos para o desenvolvimento de certos tipos de câncer (BRASIL, 2014), tais apontamentos fazem da obesidade e do sobrepeso condições de saúde prioritárias que requerem ações por parte dos diferentes níveis de atenção à saúde.

3.1.2 Obesidade, um agravo que pesa

A obesidade e o sobrepeso são definidos como acúmulo anormal de gordura corporal, podendo trazer sérias implicações para a saúde das pessoas. Representam um grave problema de saúde pública, sobretudo pela tendência mundial de elevação das prevalências na população e pelo impacto que geram na sociedade (SOUZA et al., 2014).

Na década de 90, cerca de 32 milhões de brasileiros viviam abaixo da linha da pobreza, segundo o Mapa da Fome, estudo publicado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), em 1993. O tempo passou e, em 2014, a Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura informou ao mundo que o Brasil, com menos de 5% da população em insegurança alimentar grave, saiu do Mapa da Fome Mundial, uma grande conquista para um país onde muitos morriam de fome diariamente (SAN, 2016). Contudo, se hoje em dia mais brasileiros passaram a comer, e comer mais, é fato também que outros problemas surgiram com as mudanças sociais e econômicas dos últimos tempos, que provocaram alterações nos hábitos alimentares da população e que levaram ao desenvolvimento da obesidade.

A obesidade ganhou destaque na agenda pública internacional nas três últimas décadas, caracterizando-se como um evento de proporções globais e de prevalência crescente. No Brasil, o sobrepeso e a obesidade vêm aumentando em todas as faixas etárias e em ambos os sexos, em todos os níveis de renda, sendo a velocidade de crescimento mais expressiva na população com menor rendimento familiar. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a obesidade como uma epidemia mundial condicionada principalmente pelo perfil alimentar e de atividade física. Sua crescente prevalência vem sendo atribuída a diversos processos biopsicossociais, em que o “ambiente” (político, econômico, social, cultural), e não apenas o indivíduo e suas escolhas, assumem um lugar estratégico na análise do problema e nas propostas de intervenções (DIAS, et al., 2017).

A obesidade é uma doença cada vez mais comum, cuja prevalência já atinge proporções epidêmicas. Uma grande preocupação médica é o risco elevado de doenças associadas ao sobrepeso e à obesidade, tais como diabetes, doenças cardiovasculares (DCV) e alguns cânceres. É importante o conhecimento das comorbidades mais frequentes para permitir o diagnóstico precoce e o tratamento destas condições, e para identificar os pacientes que podem se beneficiar com a perda de peso. Isso permitirá a identificação precoce e avaliação de risco, de forma que as intervenções adequadas possam ser realizadas para reduzir a mortalidade associada (MÁRTIRES; COSTA; SANTOS, 2013).

A pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, realizada em 2016 e divulgada em 2017 pelo Ministério da Saúde revela que 53,8% da população residente nas capitais brasileiras apresentam excesso de peso, sendo maior entre homens (57,7%) do que entre mulheres (50,5%). Deste total, 18,9% estão obesos. A pesquisa foi realizada por telefone e foram ouvidas aproximadamente 53 mil pessoas nas capitais brasileiras e Distrito Federal (Figura 1) (BRASIL, 2017).

Figura 1 – Percentual de indivíduos com excesso de peso (IMC ≥ 25 kg/m²) no conjunto da população adulta (≥ 18 anos) das capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade.

| Variáveis | Sexo | | | | | |
|-----------------------------|-------------|--------------------|-------------|--------------------|-------------|--------------------|
| | Total | | Masculino | | Feminino | |
| | % | IC 95% | % | IC 95% | % | IC 95% |
| Idade (anos) | | | | | | |
| 18 a 24 | 32,1 | 29,7 - 34,5 | 36,3 | 32,8 - 39,9 | 27,1 | 23,9 - 30,3 |
| 25 a 34 | 50,0 | 47,7 - 52,3 | 56,7 | 53,2 - 60,2 | 43,6 | 40,6 - 46,7 |
| 35 a 44 | 60,9 | 58,8 - 63,1 | 67,1 | 63,8 - 70,4 | 56,1 | 53,4 - 58,8 |
| 45 a 54 | 61,6 | 59,7 - 63,5 | 66,5 | 63,5 - 69,6 | 57,7 | 55,3 - 60,2 |
| 55 a 64 | 61,0 | 59,0 - 63,0 | 60,8 | 57,4 - 64,2 | 61,2 | 58,8 - 63,5 |
| 65 e mais | 59,6 | 57,9 - 61,3 | 56,8 | 53,7 - 59,8 | 61,4 | 59,5 - 63,4 |
| Anos de escolaridade | | | | | | |
| 0 a 8 | 59,7 | 58,0 - 61,5 | 57,4 | 54,5 - 60,2 | 61,7 | 59,7 - 63,8 |
| 9 a 11 | 53,0 | 51,5 - 54,5 | 54,6 | 52,3 - 57,0 | 51,5 | 49,6 - 53,4 |
| 12 e mais | 49,6 | 48,0 - 51,3 | 60,5 | 58,0 - 63,0 | 41,1 | 39,0 - 43,1 |
| Total | 54,0 | 53,1 - 54,9 | 57,3 | 55,8 - 58,8 | 51,2 | 50,0 - 52,4 |

Fonte: BRASIL, 2017.

A obesidade é um agravo multifatorial que resulta em um desequilíbrio energético positivo que leva a um acúmulo excessivo de gordura. Sendo considerado um dos maiores fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas como diabetes, hipertensão e câncer. Para o controle dessas doenças crônicas, a maior dificuldade deixou de ser o tabaco, assumindo o seu lugar o que é chamado de “Big Food”, “Big Soda” e “Big Alcohol”, ou seja, as indústrias relacionadas à produção e estímulo ao consumo de alimentos, bebidas açucaradas e álcool (WHO, 1998; NASCIMENTO et al., 2016).

Antes considerados como problemas dos países desenvolvidos, a obesidade e o sobrepeso têm aumentado vertiginosamente nos países em desenvolvimento e subdesenvolvidos, estando associados a mudanças sociais, ambientais, econômicas e culturais. A determinação do sobrepeso e obesidade consiste no conjunto de fatores relacionados ao modo de vida contemporânea, no qual há uma interposição de fatores de

ordem individual (biológicos e comportamentais), fatores relacionados ao modo de comer e viver na atualidade e organização dos sistemas alimentares (BRASIL, 2014).

Há que se considerar, ainda, que os altos custos associados à obesidade são alarmantes mesmo para nações desenvolvidas. No Brasil, o custo anual das hospitalizações de adultos relacionadas ao excesso de peso e obesidade e às doenças associadas no Sistema Único de Saúde (SUS) foi similar aos percentuais gastos em países desenvolvidos, embora o custo total com saúde fosse muito maior naqueles países (SICHERI et al., 2008).

Mais recentemente, Bahia et al. (2012) estimaram em US\$ 210 milhões o custo de 18 comorbidades associadas ao excesso de peso e obesidade no SUS. E, em estudo realizado por Oliveira (2013), os custos atribuíveis à obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) e à obesidade grave ($IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$) em adultos, no ano de 2011, foram de aproximadamente 0,5 bilhões de reais para o SUS. Destaca-se que, apesar da prevalência de obesidade grave (grau III) ser 18 vezes menor do que a dos outros graus de obesidade (grau I e grau II), seu custo foi proporcionalmente quatro vezes maior.

Conter o crescimento e reduzir as prevalências de sobrepeso e obesidade exige a articulação de diversas ações com níveis de complexidade diferentes, envolvendo mudanças sustentáveis nos ambientes e modos de vida da população (BRASIL, 2014).

3.2 A Importância da RAS e da APS na Atenção ao Sobrepeso e a Obesidade

Considerando o disposto pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída através da Portaria nº 2436/2017, a Atenção Primária a Saúde (APS) é caracterizada como um conjunto de ações, voltadas ao indivíduo, família ou comunidade de território adscrito, as quais permitem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças, cuidados paliativos e ainda vigilância em saúde, por meio da gestão do cuidado, por profissionais de diferentes áreas de conhecimento (BRASIL, 2017).

Já as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são definidas como organizações governadas por diferentes atores que configuram o conjunto de serviços de saúde, que se encontram vinculados e compartilham uma missão, por objetivos comuns e por uma ação

cooperativa e interdependente, que permite ofertar uma atenção contínua e integral adeterminada população de forma humanizada e segura e com equidade (MENDES, 2011).

No arranjo das RAS, a APS se apresenta como porta preferencial de entrada da pessoa no serviço de saúde, configurando-se como ordenadora da assistência, favorecendo a construção de vínculo e a continuidade do cuidado. A APS encontra-se intimamente relacionada com a comunidade, tem a capacidade de compreender as necessidades e as singularidades do contexto no qual a pessoas está inserida (BRASIL, 2017a).

A APS, na concepção das RAS, tem suas funções ampliadas a fim de atender três funções: a função resolutiva de atender a 90% dos problemas de saúde mais comuns, porém nem sempre os mais simples; a função de coordenar e ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações ao longo das RAS; e a função de responsabilização pela saúde da população usuária que está adstrita, às equipes de Estratégia de Saúde da Família (MENDES, 2015).

Ao considerarmos as funções atribuídas à APS, estas são desenvolvidas pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), que se configuram como estratégia prioritária de organização deste nível de atenção. As equipes de ESF dentre suas atribuições, deve assegurar o cuidado longitudinal aos indivíduos e famílias de seu território de responsabilidade, atendendo as necessidades da população através de atividades variadas (BRASIL, 2017a).

Este complexo cenário traz grandes desafios para a Rede de Atenção à Saúde, principalmente para a APS. Pois devido sua proximidade à rotina de vida das pessoas, torna-se nível de atenção privilegiado para o desenvolvimento de ações de promoção de saúde e enfrentamento das DCNT (ARRUDA, 2015).

A relevância das condições crônicas como “necessidades em saúde” levaram à publicação da Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013, que institui a Rede de Atenção às Pessoas com doenças Crônicas no âmbito do SUS, que tem por objetivo a promoção e a reorganização do cuidado, sua qualificação, ampliando as estratégias para a efetivação do mesmo e também para promoção da saúde e prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações (BRASIL, 2014a).

As RAS provêm cuidados que visam melhorar a Atenção à Saúde em três níveis: no nível micro (os indivíduos e suas famílias), no nível

meso (serviços de saúde e a comunidade) e no nível macro (as macropolíticas de Saúde). As necessidades dos pacientes com condições crônicas são distintas daqueles com condições agudas, pois precisam de apoio continuado, não apenas de intervenções biomédicas, o cuidado deve ser planejado e de atenção capaz de prever suas necessidades. Para esse grupo a atenção necessita ser integrada e, para sua efetividade, tem de envolver tempo, oferta de cuidados de saúde e o empoderamento para o autocuidado (MENDES, 2011).

Nesse sentido, a prevenção e o controle da obesidade devem prever a oferta de um escopo amplo de ações que apoiem os indivíduos na adoção de modos de vida saudáveis que permita a manutenção ou a recuperação do peso saudável. Por isso, torna-se necessária a articulação da RAS (Figura 2) com uma rede muito mais complexa, composta por outros saberes, outros serviços e outras instituições, não apenas do setor Saúde, ou seja, a busca da interdisciplinaridade e da intersetorialidade, e essencialmente a busca de parcerias na comunidade e equipamentos sociais, implementando novas formas de agir, mesmo em pequenas dimensões (BRASIL, 2014).

Neste escopo amplo de ações não se pode esquecer o papel fundamental dos próprios indivíduos, famílias e comunidades para adoção de modos de vida saudáveis e luta pela garantia de políticas públicas que promovam a vida saudável. Nesse sentido, a RAS, em especial as equipes de Atenção Primária à Saúde, devem contribuir para o empoderamento dos indivíduos sobre suas condições de saúde de forma a auxiliá-los no processo de autocuidado. Ou seja, na atenção e ação que exercem sobre si mesmos para preservar e cultivar uma boa qualidade de vida de maneira responsável, autônoma e livre nas escolhas das ferramentas para a sua realização (BRASIL, 2014).

Figura 2 – Rede de Atenção à Saúde

Fonte: Mendes, 2009.

Para a atenção ao indivíduo portador de sobrepeso e obesidade é necessária uma contínua ação de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) para identificação dos casos, estratificação de risco e organização da oferta de cuidado. A VAN pode ser realizada em todos os pontos de atenção da rede, desde a APS até a Atenção Hospitalar (BRASIL, 2015).

Na rotina da APS, a VAN deve fazer parte do cuidado às demandas espontâneas e programadas. Os atendimentos de puericultura, pré-natal, acompanhamento de hipertensos e diabéticos, por exemplo, são momentos oportunos para a mensuração do peso e da altura e para a classificação do estado nutricional dos indivíduos, além de conhecimento sobre os hábitos alimentares, permitindo identificar aqueles com excesso de peso e hábitos alimentares não saudáveis e orientando a oferta de cuidado para estes casos. As ações de pesar e medir também podem ser realizadas na atenção à demanda espontânea, que pode ser importante momento de captação de pessoas com excesso de peso que não frequentam a UBS nas ações programadas (BRASIL, 2014b).

Na APS, além das Unidades Básicas de Saúde (UBS), destacam-se outros equipamentos e programas que são locais privilegiados para a ação: o Programa Saúde na Escola tem como uma de suas ações a realização da avaliação nutricional dos educandos, que, ao serem

diagnosticados com excesso de peso, devem ser encaminhados para a UBS (BATISTA; MONDINI; JAIME, 2017). Outro importante ponto de atenção, situado na APS, são as Academias da Saúde e similares, espaço privilegiado para a realização de práticas de promoção à saúde constituindo-se em um espaço de captação de indivíduos com doenças crônicas, entre elas a obesidade.

Na prevenção e no tratamento do sobrepeso/obesidade, o apoio matricial interdisciplinar é mostra-se enquanto recurso capaz de potencializar a resolutividade das equipes da Atenção Primária à Saúde, pois favorece a ampliação dos saberes acerca da complexidade desses agravos permitindo uma oferta de cuidados melhor. Nesse aspecto, o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) executam esse papel com as equipes de Saúde da Família, pois são configurados como equipes multiprofissionais. O NASF-AB possui a capacidade de qualificar as atividades das equipes de ESF, efetivando ações que vão da promoção à reabilitação, fundamentais para a garantia da integralidade (BRASIL, 2014).

Por outro lado, a prevenção da obesidade por meio de diagnóstico precoce e a implantação de estratégias de prevenção e promoção da saúde por uma equipe multiprofissional na UBS têm como intuito evitar complicações futuras que comprometam a qualidade de vida desses indivíduos. Torna-se essencial a reorganização dos serviços de saúde no âmbito da APS com ênfase na prevenção e promoção da saúde, para prevenir a obesidade, identificando as reais necessidades de intervenção para cada indivíduo (ALMEIDA et al.,2017).

Considerando a gama de ações que são atribuídas à APS para o combate ao sobrepeso e à obesidade, estas, além de garantir a difusão de informação, devem buscar viabilizar espaços para reflexão sobre os fatores individuais e coletivos que influenciam as práticas em saúde e nutrição na sociedade, lançando mão de metodologias que estimulem o espírito crítico das pessoas diante de sua realidade e promovam a autonomia de escolha no cotidiano, a atitude protagonista diante da vida e o exercício da cidadania (BRASIL, 2014).

3.2.1 Acolhimento à Obesidade na Atenção Primária à Saúde

A APS caracteriza-se como um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, voltadas à promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, além da

redução de danos emanutenção da saúde. Cabe salientar, que a APS, desenvolve-se com o mais alto grau de descentralização e capilarização, de modo a estar presente o mais próximo possível da comunidade (BRASIL, 2017).

Dentre os atuais desafios da APS, destacam-se aqueles voltados ao acesso e acolhimento das pessoas. O atendimento à demanda espontânea e programada envolve ações, que devem ser ofertadas em todos os níveis de atenção, dentre eles a Atenção Primária à Saúde, tornando-se essencial refletirmos a respeito do acesso das pessoas às unidades de saúde, bem como dos fatores que possam favorecer ou dificultar o acesso (BRASIL, 2012a).

Nesse contexto, o Acolhimento apresenta-se como uma ferramenta de acesso à produção de saúde e estabelecimento de vínculo entre a população e profissionais, sendo a ESF, um agente responsável e resolutivo das demandas emergentes e programadas do território. Embora a promoção da saúde a nível coletivo seja um dos grandes pilares da APS, é preciso, que seja oportunizado às pessoas um repertório de ações que visem tanto a longitudinalidade do cuidado quanto a atenção às demandas emergentes (BRASIL, 2012a).

Ainda traduz-se o Acolhimento em um instrumento de humanização da assistência, que visa estabelecer mudanças na forma de atendimento das pessoas, sendo capaz de acolher o cidadão e garantir a ele o melhor acesso aos serviços. Para tanto, é necessário que o profissional ofereça uma escuta qualificada, sendo capaz de classificar, mediante ferramentas, as queixas destes pacientes, a fim de encaminhá-los a um atendimento ideal de acordo com as necessidades de suas demandas (BRASIL, 2012a).

O acolhimento possibilita a criação de vínculo e confiança das pessoas com as equipes e os serviços de saúde e é uma das diretrizes mais importantes da Política Nacional de Humanização - PNH do SUS (BRASIL, 2006). Portanto, o acolhimento deve contribuir para a edificação de uma ética da diferença, da tolerância com os diferentes e da inclusão social (BECK; MINUZI, 2008).

“O acolhimento tem como propósito identificar a população residente e o território de abrangência da unidade básica de saúde, reconhece os problemas de saúde, organiza a porta de entrada e viabiliza o primeiro contato através da

equipe de saúde, humanizando o atendimento e alcançando a satisfação do usuário.” (CASTRO; SHIMAZAKI, 2006, p.12)

O acolhimento facilita, dinamiza e organiza o trabalho de forma a auxiliar os profissionais a atingirem as metas dos programas, a melhorarem o trabalho e executarem um atendimento qualificado, favorecendo o aumento da resolutividade (COUTINHO, 2015).

As intervenções para a reversão do excesso de peso, das populações e dos indivíduos, precisam considerar as diversas concepções presentes na sociedade sobre alimentação, atividade física, corpo e saúde. A Atenção Primária à Saúde, além de acolher e tratar o indivíduo com excesso de peso deve ser a ordenadora do cuidado e centro de comunicação entre os demais pontos da Rede de Atenção, garantindo o cuidado integral.

Na prática do acolhimento, uma atribuição de todos os profissionais, é preciso estar atento aos aspectos relacionados à alimentação e à nutrição, considerando-os determinantes de saúde e levando em conta a subjetividade e a complexidade do comportamento alimentar. Para uma eficiente captação e acolhimento dessa demanda, os profissionais de saúde devem estar capacitados e sensibilizados para essa temática, entendendo que o excesso de peso é um agravo à saúde, com grande influência no desenvolvimento de outras doenças crônicas e que a reversão desse quadro pode e deve ser na maioria das situações, realizada na APS (BRASIL, 2014a).

Diante de tal cenário, fica evidente a necessidade de utilização de instrumentos que visem estabelecer claramente, os critérios de diagnóstico de cada doença, o tratamento preconizado, os mecanismos de controle, o acompanhamento e a verificação de resultados com base em evidência científica (LINHARES et al., 2012). Tais instrumentos viabilizam a oferta de um tratamento seguro, com cuidados assistenciais e condutas diagnósticas e terapêuticas definidas a partir de critérios técnicos e científicos de eficácia e efetividade, acarretando em um atendimento integral e sem desperdícios de recursos (PICON; GADELHA; BELTRAME, 2013).

3.3 A Utilização de Tecnologias Leve-Duras nos Serviços de Saúde

As tecnologias de cuidado são definidas como um conjunto de conhecimentos científicos, empíricos e sistematizados, que estão em constante processo de inovação nos processos de trabalho em saúde. Essa perspectiva remete a ideia de que a instituição das tecnologias de cuidado tem como finalidade provocar intervenções sobre uma determinada situação de saúde ou de doença, a partir do desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos para a construção de produtos materiais ou inter-relacionais (MARTINS; DAL SASSO, 2008).

Para Ferri et al. (2007), o significado de tecnologia se limita ao conjunto de instrumentos materiais de trabalho, o amplia para os saberes e suas repercussões materiais e imateriais na produção dos serviços de saúde. As tecnologias têm a capacidade de expressar as relações entre os homens e os objetos sobre quais trabalham.

Historicamente, a discussão acerca desse conceito, iniciou no século XIX, com a primeira revolução técnico-científica, cujas transformações repercutiram intensamente em todos os mecanismos de produção. A partir desse movimento social e político, as tecnologias passaram a permear todos os âmbitos do desenvolvimento humano. No contexto da atenção em saúde, o termo tecnologia foi resgatado para fundamentar a mediação entre a racionalidade e a subjetividade, fazendo da razão e da sensibilidade instrumentos para fortalecer e qualificar as ações de cuidado. Nesse sentido, as tecnologias se tornaram instrumentos que passaram a embasar ações abstratas ou concretas, com a finalidade de produzir o cuidado no processo de trabalho em saúde (SILVA; FERREIRA, 2009; ROCHA et al., 2008).

O cuidado em saúde, na perspectiva da tecnologia, contempla a capacidade do ser humano em buscar inovações, visando à qualidade e a resolutividade da atenção em saúde, mediante a inter-relação pessoal, teorias, métodos e processos científicos (BUSANELLO et al., 2013).

As tecnologias aplicadas no âmbito da assistência à saúde sofreram modificações ao longo do tempo, de modo a atenderem aos apelos da ciência positiva, com forte influência da cultura, do capital, da ideologia institucional, dos veículos de comunicação de massa e da produção de subjetividades inerente aos espaços de saúde. Partindo do entendimento de que o trabalho humano, tal como se coloca na atualidade, só é viável por meio das tecnologias que ele forma, torna-se

indispensável refletir sobre a relação que se estabelece entre as tecnologias, o mundo da ciência e o homem, em todos os sentidos e espaços(GROSKOPF; MARQUETTI, 2017).

As tecnologias em saúde são classificadas em três categorias: tecnologia dura, relacionada a equipamentos tecnológicos, normas, rotinas e estruturas organizacionais; leve-dura, que compreende todos os saberes bem estruturados no processo de saúde; e a leve, que se refere às tecnologias de relações, de produção de comunicação, de acolhimento, de vínculos, de autonomização. Considerando a complexidade do ser humano e a contextualização de sua realidade, estando seu estado de saúde dependente das condições ambientais, biológicas, psicológicas, do seu estilo de vida e das instituições em que se opera o cuidado. A conjunção desses fatores interfere nas tecnologias incorporadas à saúde (ROCHA et al., 2008).

No contexto da APS, o aprimoramento das relações entre trabalhador de saúde e das pessoas que buscam os serviços de saúde, se observa um predomínio das tecnologias duras e leve-duras (normas, procedimentos, protocolos) no desenvolvimento das atividades de trabalho. As tecnologias leve-duras são facilmente identificadas, devido sua concretude, pois fazem parte do cotidiano do trabalho em saúde (ABREU; AMENDOLA; TROVO; 2017).

Não obstante, as tecnologias leve-duras possuem seu espaço nas linhas de pesquisa e nas produções científicas decorrentes delas, pois também são consideradas estruturadas e passíveis de serem avaliadas por métodos e técnicas institucionalizados e apoiadas por órgão de fomento (CUBAS, 2012).

A tecnologia leve-dura ultrapassa a compreensão de conhecimentos tecnológicos estruturados e apresenta grau de liberdade que proporciona aos profissionais possibilidades de ações, de modo que o trabalho em saúde sempre será permeado de subjetividades, as quais são conferidas àqueles que interagem com pessoas. Consiste em saberes estruturados, compostos tanto pelo conhecimento dos profissionais de saúde como pelas disciplinas características, como clínica e epidemiologia, que organizam o processo de trabalho. Tais tecnologias são essenciais para a melhoria da assistência prestada nos serviços de saúde, pois possibilitam o desenvolvimento consciente de instrumentos que atendam as necessidades dos serviços (SABINO et al., 2016).






3.3.1 Organização do cuidado na APS através da utilização de Fluxogramas

O planejamento e a organização do processo de trabalho nas equipes de saúde visam garantir o cumprimento das diretrizes da atenção primária à saúde. A integralidade da assistência configura-se como preocupação especial das equipes de saúde em relação às pessoas. Para a garantia da integralidade da assistência no âmbito da APS, são utilizadas estratégias e ferramentas para analisar o desenvolvimento das atividades como os fluxogramas. Tais instrumentos revelam os processos de trabalho desenvolvidos nos serviços de saúde, articulam ações e possibilitam a identificação das fragilidades no funcionamento destes serviços, a fim de buscar soluções melhores abordagens (TABILE et al., 2015).

O fluxograma se traduz em uma técnica de representação gráfica que utiliza de símbolos preliminarmente convencionados (Figura 3), permitindo a definição clara e precisa de determinado fluxo ou de um processo, bem como sua análise e redesenho. Nessa dinâmica, frequentemente, os fluxogramas são utilizados, pois possibilitam a visualização clara sobre o curso dos fluxos no momento da produção da assistência à saúde e contribuem de forma positiva com o processo administrativo-organizacional (NASCIMENTO, 2013).

Muitas vezes torna-se necessário substituímos a apresentação de uma rotina de trabalho, expressa apenas por palavras, por uma representação esquemática, que favoreça a visualização dos eventos, e que seja racional e sistematicamente organizada. Para tanto, torna-se necessário que, além de aumentarmos o grau de detalhamento, utilizar símbolos representativos das ocorrências observadas (RÊGO, 1972).

Figura 3 – Principais símbolos do fluxograma de decisão

| SÍMBOLOS | SIGNIFICADO |
|---|-----------------------------|
|  | Início do processo |
|  | Atividade, tarefa ou ação |
|  | Decisão |
|  | Sentido ou direção do fluxo |
|  | Fim do processo |

Fonte:RIBEIRO; FERNANDES; ALMEIDA; 2010.

Em descrições dessa natureza, que se constituem em modalidades de fluxogramas, o texto é complementado pelo uso de símbolos que representam as diversas operações de trabalho, bem como os documentos nelas envolvidos. Tanto o texto como os símbolos são dispostos no esquema de acordo com determinadas regras, que têm como objetivo tornar a apresentação do fluxo de trabalho mais compreensível, sistemática e racional.

Conforme descrito por Rêgo (1972), os fluxogramas são, geralmente, elaborados nos seguintes casos:

- a) quando do planejamento e estudo geral de rotinas de trabalhos administrativos, objetivando sua racionalização e simplificação;
- b) quando da análise de uma rotina já existente, com o objetivo de registro dos dados colhidos, de uma maneira clara, precisa e concisa;
- c) quando da pesquisa e análise das diversas sub-rotinas constitutivas de uma rotina de trabalho;
- d) quando da apresentação e implantação de uma nova rotina de trabalho, objetivando a clareza e compreensão da mesma;
- e) quando do desenvolvimento e revisão de rotinas de trabalho.

Conforme as produções do estudioso supracitado, os fluxogramas ainda podem ser classificados em panorâmicos, de rotinas de trabalho e de operações. Sendo o fluxograma panorâmico utilizado para fins informativos, oferecendo em linhas gerais, e de modo facilmente

compreensível, um meio de apresentar o fluxo de documentos e o desenvolvimento do trabalho de um determinado setor. Já o fluxograma de rotina de trabalho, viabiliza a obtenção de descrições suficientemente claras e precisas, que servem para ilustrar a interligação entre diversas unidades de um sistema ou de uma rotina, como também a interligação entre diversas operações e, ainda, entre estas e os diversos documentos nelas envolvidos. Quanto ao fluxograma de operações deve ser estruturado de tal forma que a descrição deve ser orientada por documentos ou por eventos ou atividades. Por essa razão, o fluxograma de operações é particularmente necessário quando se tratar de descrições que tenham como objetivo a orientação daqueles que virão a operar com aqueles documentos ou com aquela rotina (RÊGO, 1972).

O fluxograma, enquanto ferramenta de organização processual tem o poder de captar a estrutura do processo de trabalho desenvolvido, o que acaba por evidenciar lógicas presentes nos mesmos, bem como os saberes e práticas predominantes, viabilizando que a equipe de saúde visualize como seu processo de trabalho se estrutura e busquem formas de remodelá-lo adequá-lo, quando necessário. Tal situação se expressa devido ao dinamismo das ações em saúde e os movimentos sociais a favor da ampliação da assistência aos indivíduos, porém são suscetíveis a alterações constantes, conforme o tipo de gestão e arranjo administrativo (TABILE et al., 2015).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Sabe-se que a pesquisa consiste em uma investigação sistemática que usa métodos ordenados para responder perguntas e solucionar problemas, tendo como objetivo final desenvolver, refinar e expandir um corpo de conhecimentos (POLIT, 2011).

A proposta apresentada trata-se de um estudo do tipo pesquisa-ação, o qual se insere no campo das ciências sociais e da saúde e apresenta natureza fundamentalmente qualitativa. Tal trajeto metodológico caracteriza-se pela proximidade à realidade social buscando o conhecimento científico, mas considerando os significados, crenças, simbologias dos indivíduos envolvidos nos mecanismos do cotidiano que é continuamente transformado pela relação com o modo de viver dos envolvidos (PESSOA et al., 2013).

Para Bossi (2007), o objetivo dessa modalidade de pesquisa é compreender e/ou transformar a realidade, porém tal método de investigação não é capaz de favorecer o entendimento total da realidade, devido às limitações e singularidades dos diferentes tipos de abordagens metodológicas utilizadas e também devido à complexidade da relação humana com o ambiente, o trabalho e a forma de compreender saúde.

A pesquisa-ação tem a capacidade de favorecer o desenvolvimento de um processo de interação entre o pesquisador e o público participante da pesquisa. Ela viabiliza a aproximação dos pesquisadores com os trabalhadores, profissionais dos serviços de saúde e comunidade, bem como o diálogo interativo entre a ciência e a vida (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2010).

A abordagem qualitativa na pesquisa possui algumas características básicas, tais como: o estudo empírico é realizado no seu ambiente natural, pois os fatos sociais têm que ser observados e analisados no cenário ao qual pertencem, através de contato direto, desempenhando o pesquisador um papel fundamental na observação, seleção, consolidação e análise dos dados gerados. O trabalho é realizado com base na perspectiva que os participantes da pesquisa têm sobre o objeto de estudo, devendo-se primar pela fidedignidade dos dados obtidos; a análise dos dados computados é feita de forma indutiva e, durante o seu desenvolvimento, dá-se a construção gradativa do

quadro teórico, sem a formulação de uma hipótese anterior que precisa ser testada com a pesquisa (FERREIRA, 2015).

Na pesquisa qualitativa o pesquisador tem dentre suas tarefas, planejar o estudo, providenciar as situações a serem observadas, entrevistar as pessoas, avaliar criteriosamente as informações, reunir os fragmentos de ideias e relatar sobre os achados (STAKE, 2011).

Cabe ressaltar que a escolha do método, deu-se por vir de encontro à proposta de desenvolvimento, com os profissionais da Atenção Primária à Saúde do município de São José, de estratégias para o acolhimento e acompanhamento das pessoas em condição de obesidade ou sobrepeso com ênfase na construção de fluxogramas de atendimento, com vistas à estruturação do cuidado para esses agravos. Tais ferramentas têm a capacidade de instrumentalizar os profissionais para a oferta de um cuidado qualificado no âmbito da rede municipal de atenção à saúde. Para tanto foram estruturados três momentos, que posteriormente serão apresentados: o desenvolvimento de oficinas de sensibilização com caráter educativo, voltadas aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para a construção de Matriz de Intervenção para o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade em São José; o levantamento de propostas essenciais para o cuidado da obesidade e do sobrepeso pela equipe multiprofissional e subsequentemente o desenvolvimento dos fluxogramas de acolhimento e acompanhamento ao sobrepeso e à obesidade.

Durante a atividade educativa com os ACS e nas oficinas multiprofissionais para o levantamento das propostas essenciais para o cuidado da obesidade e do sobrepeso no município, foi possível identificar o conhecimento dos profissionais da rede no que se refere à temática, bem como as fragilidades e potencialidades da rede apontadas pelos mesmos para a efetivação do cuidado qualificado a tais condições crônicas.

Sendo assim, tais informações subsidiaram a fundamentação do estudo e delinearão a construção dos fluxogramas de atenção à obesidade e sobrepeso, de forma a atender as necessidades do território de acordo com os equipamentos disponíveis na RAS.

4.2 Primeira Etapa: Oficinas de Sensibilização para a Estruturação do Cuidado à Pessoa com Sobrepeso ou Obesa em Parceria com os Agentes Comunitários de Saúde

Tal etapa caracterizou-se pela realização de oficinas de sensibilização voltadas aos ACS, tendo como objetivo a construção de uma Matriz de Intervenção para enfrentamento do sobrepeso e da obesidade no município do estudo.

Os encontros tiveram abordagem educativa que instrumentalizaram os profissionais participantes para a estruturação da ferramenta supracitada.

4.2.1 Local do Estudo

A pesquisa foi desenvolvida no município de São José/SC, junto à Rede de Atenção Primária à Saúde. Tal município tem população estimada em 242.927 habitantes.

A Rede de Atenção Primária à Saúde é constituída por 23 Unidades Básicas de Saúde, nas quais se encontram em atividade 43 equipes de ESF que em sua composição possuem 216 ACS. Ainda considerando o desenho da rede supracitada, esta conta com quatro Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) compostos por equipes multiprofissionais.

4.2.2 Participantes do Estudo

Foram convidados a participar da prática os 216 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que atuam na Rede de Atenção Primária à Saúde de São José, através de divulgação por meio eletrônico e convite enviado aos e-mails das Unidades Básicas de Saúde com a colaboração do Núcleo de Educação Permanente (NEP) da Secretaria Municipal de Saúde. Junto ao convite foi encaminhado o link de inscrição do FormSUS para participação no evento, pois tal ferramenta é utilizada pelo NEP rotineiramente, no que diz respeito às inscrições em atividades de educação permanente, pois a mesma viabiliza o monitoramento, avaliação dos eventos e a emissão de certificados

Os critérios de inclusão para participação na atividade educativa foram: a inscrição no evento através do FormSUS, ser servidor efetivo ou contratado com atuação superior a seis meses no município de São José, com a finalidade de garantir que os mesmos possuíssem conhecimento do desenho da RAS implantada no município. Foram

considerados critérios de exclusão, ACS que estivessem em período de férias, licença gestação, licença prêmio, licença sem vencimento ou afastamento para tratamento de saúde.

Ao todo 100 ACS, se inscreveram previamente na Oficina de Sensibilização através do FormSUS, no entanto compareceu um total 81 ACS na atividade.

4.2.3 Coleta de Dados

As oficinas foram realizadas na Escola de Formação em Saúde - EFOS, nos dias 16 e 17 de novembro de 2017, nos períodos matutino (08:00h às 12:00h) e vespertino (13:00 às 17:00h), constituindo assim quatro grupos distintos de profissionais. Esta divisão dos grupos deu-se para poder viabilizar o acesso e oferecer espaço físico capaz de acolher os participantes confortavelmente, permitindo a interação entre todos os atores envolvidos.

A coleta dos dados deu-se por meio da realização de uma prática educativa com os ACS, sendo a mesma constituída por etapas distintas, descritas abaixo:

Primeira Etapa

O primeiro momento consistiu em pré-atividade destinada ao preparo e seleção do conteúdo referente aos conceitos atuais de sobrepeso e obesidade e a atuação dos diferentes níveis de atenção à saúde no que diz respeito à identificação, acompanhamento, monitoramento e tratamento de tais agravos crônicos, a serem abordados durante a realização das oficinas. Posteriormente à identificação e seleção do conteúdo, foi estruturada apresentação no Google Drive® com lâminas de projeção contendo dados epidemiológicos sobre obesidade e sobrepeso no cenário mundial e nacional, bem como a multifatorialidade do agravo e apontamento do problema norteador objeto da oficina: a ausência de envolvimento dos ACS na estruturação do cuidado do sobrepeso e da obesidade no município. Além disso, foram apresentadas aos participantes as justificativas que apontavam a relevância da realização de atividade voltada ao público participante e os objetivos da mesma. Ainda foram utilizados enquanto recursos audiovisuais os vídeos “Atividades do Governo sobre o avanço da Obesidade no Brasil” e “Prevenção e Promoção de Saúde”, a fim de motivar o diálogo entre os ACS e desses com o mediador.

Segunda Etapa

Foi realizada uma oficina de sensibilização permeada pela construção compartilhada do conhecimento, balizada pela Educação Popular em Saúde. Para nortear as discussões e os construtos do coletivo, durante a capacitação, foram elencadas algumas temáticas previamente selecionadas pela pesquisadora: Conceitos de sobrepeso e obesidade; estratégias possíveis para a realização de ações de promoção da saúde para as pessoas sobrepeso e obesas dos territórios nos quais atuam; desafios e possibilidades de cuidado no acompanhamento de pessoas sobrepeso e obesas.

Esta etapa caracterizou-se como o primeiro contato dos ACS com a atividade educativa, pois nesta foi apresentada a dinâmica para desenvolvimento da oficina aos mesmos, bem como os recursos a serem utilizados. Neste momento foi pontuado aos participantes que o grupo através dos conteúdos expostos pela pesquisadora na apresentação, seria motivado a construir de forma participativa um conceito para obesidade e também coletivamente elencariam estratégias possíveis para o desenvolvimento de ações de promoção de saúde para os usuários sobrepeso ou obesos de seus territórios de atuação, bem como identificariam os desafios e possibilidades para o desenvolvimento e implementação de tais ações.

Posteriormente, foi realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APENDICE A). O mesmo foi assinado pelos participantes após as explicações sobre a finalidade, riscos e questões éticas do estudo. Diante a concordância unânime, foram iniciadas as atividades, sendo que questionamentos relacionados ao estudo poderiam ser realizados em qualquer momento.

Terceira Etapa

Neste momento foram dadas orientações a respeito da dinâmica que seria utilizada. Foi utilizada a dinâmica do Metaplan, um método utilizado na condução de trabalhos em grupo, desenvolvido pela empresa alemã de consultoria Metaplan. Compreende técnicas de “visualização e de moderação”, que podem ser utilizadas em processos participativos de diagnóstico, planejamento e avaliação. O método, ainda oferece instrumentos para a análise dos aspectos considerados em cada etapa de formulação da matriz lógica (LORA; ROCHA, 2016).

Trata-se de uma metodologia simples e muito versátil, apropriada para trabalhos com grupos não muito grandes, caso contrário

a dinâmica de visualização inerente ao Metaplan fica prejudicada. A técnica de visualização do Metaplan corresponde à utilização de fichas coloridas, conhecidas como “tarjetas”, sobre as quais os participantes escrevem, com pincel atômico e de forma sintética, as suas considerações, e depois as fixam em um mural para que todos possam lê-las. Diferentes cores e formas de tarjetas podem ser utilizadas para distinguir a natureza das informações, as contribuições de diferentes equipes, as fases do trabalho, entre outras. A mobilidade das fichas afixadas no mural permite que elas sejam rearranjadas em função de consensos ou tomadas de decisão por parte do grupo (LORA; ROCHA, 2016).

No Metaplan, a coordenação dos trabalhos e a mediação das discussões ficam a cargo do “facilitador”. Sendo necessário que esse tenha conhecimento da técnica de visualização e esteja capacitado a conduzir trabalhos coletivos. Cabe ao facilitador propor ao grupo questões relevantes, que possam encaminhar as discussões que serão por ele despertadas a partir das considerações dos participantes publicadas no mural. As questões propostas pelo facilitador, bem como as discussões por ele levantadas, conduzem o grupo a obter um produto final, que pode compreender: os indicativos sobre uma dada situação, as alternativas a certo problema, o plano de ação de um projeto e outros.

Neste momento a oficina foi dividida em três fases para o desenvolvimento das metas identificadas: Levantamento junto aos ACS dos conceitos de sobrepeso e obesidade; Definição de estratégias possíveis para a realização de ações de promoção da saúde para as pessoas sobrepeso e obesas dos territórios de atuação e Identificação dos desafios e possibilidades de cuidado no acompanhamento de pessoas sobrepeso e obesas.

| Meta | Desenvolvimento das metas |
|--|--|
| Levantar junto aos ACS os conceitos de sobrepeso e obesidade | Vídeo “Atividades do Governo sobre o Avanço da Obesidade no Brasil”. A partir dessa atividade o facilitador conduziu o grupo na construção do conceito de obesidade, por meio da utilização das tarjetas. Os conceitos foram expostos em painel e, posteriormente categorizados. Após foi realizada uma analogia entre os conceitos apresentados e os existentes na literatura, para a construção coletiva de um conceito consentido pelo grupo e o mesmo foi apresentado através das tarjetas e registrados por meio de fotografias. |
| Elencar com os participantes, estratégias possíveis para a realização de ações de promoção da saúde para as pessoas sobrepeso e obesas dos territórios nos quais atuam | Vídeo “Prevenção e Promoção de Saúde”. Após essa atividade foi elaborada a construção das definições pessoais de prevenção e promoção e saúde, por meio da mesma dinâmica adotada na primeira meta, com foco na identificação dos espaços e momentos que viabilizam a execução dessas ações, bem como na existência ou ausência das mesmas no âmbito do território no qual atuam. A partir desse ponto, os participantes foram incentivados a buscarem estratégias factíveis e de governabilidade da equipe, que possam vir a serem implementadas. |
| Identificar desafios e possibilidades de cuidado no acompanhamento de pessoas sobrepeso e obesas. | Através da dinâmica do Metaplan levantou-se as percepções dos ACS quanto às fragilidades e fortalezas do território, permitindo que juntos pudessem discutir ações para correção das fragilidades e otimização das fortalezas através da estruturação de uma Matriz de Intervenção. |

Quarta etapa

Nesta etapa foi estruturada a Matriz de Intervenções para o enfrentamento da obesidade e do sobrepeso que foi posteriormente apresentada aos gestores da saúde municipal e representantes da ESF. Nesse momento também foi realizada a avaliação da atividade através do preenchimento de instrumento previamente criado pela pesquisadora (APENDICE F)

4.2.4 Análise de dados

As oficinas foram gravadas em aparelho digital de voz e posteriormente transcritas na íntegra em documento do Microsoft Word. Ao final das atividades todo o material transcrito foi revisado e analisado de acordo com o método de Análise de Conteúdo de Bardin, que oferece um conjunto de técnicas de análise das comunicações (BARDIN, 2011).

Nesse método, a investigação tem por finalidade a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação. A análise da comunicação utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não), que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção das mensagens (BARDIN, 2011).

Após a categorização foram iniciadas as interpretações, indicando as respostas à pergunta de pesquisa, buscando compreender os significados e percepções do contexto estudado através da correlação com a literatura. Assim, a partir da interpretação direcionada por meio de indicadores o pesquisador tem melhor possibilidade e liberdade de análise, minimizando os riscos de perder a objetividade da investigação.

Conforme propõe Bardin (2011), a organização da análise de conteúdo se deu em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A fase de pré-análise caracteriza-se pela organização da investigação, onde se escolhe os documentos que serão submetidos à análise e se constrói o corpus de análise, a formulação de hipóteses e objetivos.

Nesta etapa do estudo em questão, adotou-se o critério da exaustividade e neste sentido, foram extraídos e analisados trechos das falas dos ACS participantes das oficinas. Na pesquisa em questão, foi assegurado o princípio da representatividade, observando aspectos de maior relevância, significado e consistência, de modo a demonstrar aprofundamento do objeto de pesquisa.

Uma vez delimitado o corpus da pesquisa (oficinas), a etapa seguinte definiu as categorias. Da perspectiva da Análise de Conteúdo, as categorias foram definidas a priori, ou seja, os indicadores foram pré-definidos em função da busca a respostas específicas pelo pesquisador. Portanto, as análises dos conteúdos produzidos pelos ACS a partir da construção coletiva de conceitos de sobrepeso e obesidade, da estruturação de estratégias possíveis para a realização de ações de

promoção da saúde para os usuárioss sobrepeso ou obesos dos territórios de atuação e identificação dos desafios e possibilidades de cuidado no acompanhamento desses usuários.

Posteriormente, foi realizada a etapa de codificação dos textos que consistiu na análise de parágrafos ou sentenças, atribuindo as categorias definidas, análise de palavras ou frases que evidenciaram as categorias pré-definidas ou novas e análise geral de todo o documento.

As transcrições produzidas foram organizadas em arquivos por grupo de oficina, considerando a sequência cronológica das mesmas. Ainda nessa etapa, foi realizada a leitura minuciosa de cada parágrafo das transcrições das falas dos ACS e a mensagem atribuída a umas das categorias pré-definidas no estudo.

A última etapa caracterizou-se pela fase de tratamento das falas obtidas e interpretação que favoreceu a captação dos conteúdos registrados em todo o material coletado. A análise comparativa foi realizada através da justaposição das diversas categorias levantadas no estudo, ressaltando os aspectos considerados semelhantes e os que foram concebidos como diferentes (SILVA; FOSSÁ, 2015). Nesse processo, os achados da pesquisa foram discutidos com embasamento na literatura atual disponível.

4.3 Segunda Etapa: Levantamento de Propostas Essenciais para o Cuidado da Obesidade e Sobrepeso pela Equipe Multiprofissional

A segunda etapa consentiu na realização de levantamento de propostas essenciais para o cuidado da obesidade e sobrepeso pela equipe multiprofissional de saúde, com o objetivo de identificar junto aos profissionais ações e estratégias para o diagnóstico situacional do fenômeno, identificação dos portadores do agravo no âmbito do município e para o acompanhamento e tratamento de tais condições crônicas na RAS.

Além disso, o momento de interação com os profissionais favoreceu a identificação dos serviços e equipamentos de apoio disponíveis na RAS do município, permitindo a estruturação do cuidado contemplando a realidade do território e a otimização dos recursos disponíveis.

4.3.1 Local do Estudo

O estudo foi desenvolvido no âmbito da Rede de Atenção Primária à Saúde de São José. O município está localizado em Santa Catarina. De acordo com a projeção divulgada pelo IBGE, a população do município para o ano de 2018, é estimada em 242.927 habitantes.

Para atender a esta população, a APS do município é composta por vinte três Unidades Básicas de Saúde (UBS), que comportam em suas estruturas quarenta e três equipes de Estratégia de Saúde da Família - ESF (PREFEITURA DE SÃO JOSÉ, 2017).

As Unidades Básicas de Saúde encontram-se dispostas em quatro Distritos Sanitários de Saúde (Norte, Sul, Leste e Oeste), sendo que este arranjo compõe a divisão territorial utilizada pela Diretoria de Atenção Primária à Saúde do município, tendo por objetivo viabilizar a regionalização dos serviços. Além das UBS, a rede de Atenção Primária de São José conta com quatro Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF-AB), compostos por profissionais de diversas áreas de conhecimento (psicólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psiquiatras, pediatras, farmacêuticos, geriatras, fonoaudiólogos, educadores físicos e assistentes sociais).

O NASF-AB atua de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes. Ainda no que diz respeito ao NASF-AB, este tem por objetivo a ampliação da abrangência e do escopo das ações da atenção primária à saúde, bem como da sua resolubilidade, o NASF-AB deve buscar contribuir para a integralidade do cuidado às pessoas do SUS, principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários e ambientais dentro dos territórios.

A rede de Atenção Primária à Saúde municipal disponibiliza atendimento à população das 07h às 17h, com exceção das UBS Bela Vista e Forquilha que oferecem atendimento estendido às demandas espontâneas da população até as 22h.

No que diz respeito à Atenção às DCNT, a Secretaria Municipal de Saúde estruturou na década de 2000, o Programa HIPERDIA, que em 2017, vinculado à Gerência de Áreas Estratégicas, passou a se designar

Coordenação de Doenças Crônicas Não Transmissíveis e atuar de forma integrada e transversal às demais Áreas Técnicas.

Através da referida Coordenação, são elencadas e trabalhadas as prioridades em saúde da população portadora de agravo crônico no município de São José, e dispensados materiais e insumos (fitas de glicemia e glicosímetros) para o tratamento e controle da diabetes (PREFEITURA DE SÃO JOSÉ, 2018).

4.3.2 Participantes do Estudo

Para composição dos participantes do estudo foram convidados 24 profissionais da RAS do Município de São José/SC, após a realização de sorteio cego, contemplando dois Enfermeiros de ESF, dois médicos de ESF, dois médicos especialistas, dois psicólogos, dois nutricionistas, dois fisioterapeutas, dois pediatras, dois educadores físicos, dois assistentes sociais, dois farmacêuticos, dois dentistas e dois agentes comunitários de saúde; porém 21 profissionais participaram do estudo, observando-se o absenteísmo total dos médicos especialistas e de um psicólogo. Cabe ressaltar que todos os profissionais convidados para a participação no estudo tiveram a autorização prévia do gestor da pasta para o fazerem durante o horário usual de trabalho. Considerando a necessidade de manutenção dos serviços, as datas e horários de realização dos encontros foram ajustados de forma que os mesmos se deram nos dias em que os profissionais apresentavam disponibilidade em suas agendas.

Ao todo foram organizados dois grupos de trabalho com 10 e 11 participantes respectivamente, sendo que em cada grupo havia um representante de cada categoria, com exceção dos profissionais apontados anteriormente. A presença dos mesmos foi registrada através de assinatura da ficha de participação elaborada pelo pesquisador (APENDICE E).

A escolha dos participantes decorreu do cuidado integral que se caracteriza pelo trabalho realizado de forma multiprofissional em diferentes níveis de atenção à saúde, já que a participação de profissionais de diferentes áreas de conhecimento configura uma estratégia ao processo de desenvolvimento de uma ferramenta para o acompanhamento na APS de usuários sobrepeso ou obesos com ênfase nos fluxogramas.

Cabe ressaltar que as categorias profissionais participantes do estudo foram selecionadas pelo fato de atuarem no âmbito das Unidades Básicas de Saúde e/ou serviços de referência para a APS. Como critérios de inclusão, foram respeitados os seguintes aspectos: servidor efetivo ou contratado com atuação superior a seis meses no município de São José, garantindo que estes tivessem conhecimento dos fluxos existentes para o acompanhamento de DCNT na RAS, atuando diretamente na assistência e no acompanhamento das pessoas na rede municipal.

Como critério de exclusão, considerou-se: servidor que estivesse em período de férias ou licença gestação/tratamento de saúde/prêmio ou qualquer outro tipo de afastamento e que não atuassem diretamente na assistência como os gestores.

Os profissionais foram convidados para participação na pesquisa através de carta convite enviada por meio eletrônico. A participação no estudo se deu com a autorização dos participantes mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APENDICE G). O mesmo foi assinado pelos participantes após a leitura e concordância na participação do estudo antes do início das atividades planejadas para os grupos, sendo que as dúvidas poderiam ser esclarecidas em qualquer momento do estudo.

4.3.3 Coleta de dados

A técnica utilizada para a coleta de dados foi o Grupo Focal. Esta técnica, conforme Backset al. (2011), caracteriza-se como uma entrevista realizada em grupo, em que, indispensavelmente, ocorre uma interação dialética tanto o entrevistado como entrevistador são co autores neste processo de busca pelos resultados, sendo que os participantes envolvidos trabalham em equipe para abordar um objetivo comum. Há um processo de exploração de ponto de vista dos participantes, a partir de reflexões que surgem sobre determinados fenômenos. Geram-se perguntas e respostas sobre o fenômeno.

No que diz respeito à técnica do grupo focal, a mesma enquadrou-se no proposto pelo estudo, já que permitiu a valorização e a interação entre os participantes e o pesquisador e foi realizada a partir das discussões focadas em tópicos específicos e diretivos para produção de dados em pesquisa que norteou o planejamento da intervenção na prática assistencial (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Os grupos focais tiveram duração média de duas horas e ao todo foram realizados três encontros com cada grupo, sendo esses norteados por roteiros de direcionamento das atividades desenvolvidas (APENDICE B, C e D) e momento avaliativo. O quantitativo de encontros foi suficiente para o alcance de todas as questões abordadas e adotou-se como critério de saturação dos dados a observação das discussões até o ponto em que as falas tornaram-se repetitivas.

Para a organização e desenvolvimento do grupo focal, tem-se o papel do coordenador ou moderador, nesse caso a pesquisadora, como fio condutor do processo, no que tange o preparo, instrumentalização e dinâmica do grupo (TRAD, 2009). Nesse ínterim, todo o material necessário para o embasamento e desenvolvimento das dinâmicas que permearam a atividade foi levantado e testado em momento anterior pela pesquisadora. Ainda no que diz respeito aos encontros, foram gravados em aparelho digital de voz e posteriormente, transcritos na íntegra em documento do Word, bem como, foi utilizado a técnica de registro de diário de campo, pela pesquisadora e por um auxiliar, para observações importantes realizadas nos grupos focais.

4.3.4 Análise dos dados

Os dados obtidos foram analisados de acordo com o método de Análise de Conteúdo de Bardin, que oferece um conjunto de técnicas de análise das comunicações (BARDIN, 2011).

Nesse método, a investigação tem por finalidade a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação. A análise da comunicação utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não), que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção das mensagens (BARDIN, 2011).

O processo proposto por Bardin (2011) desenvolve-se em torno de três pólos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados e, por fim, a inferência e a interpretação.

Na fase de pré-análise foi realizada a identificação das diferentes amostras de informação para análise através da leitura dos materiais e seleção dos que efetivamente estavam de acordo com os objetivos do estudo. Nessa fase, utilizou-se a leitura flutuante, que favoreceu o contato do pesquisador com trechos dos discursos e a conexão com suas

primeiras impressões e direcionamentos dos textos explorados (BARDIN, 2011; MORAES, 1999).

A segunda fase deu-se através da unitarização, onde após devidamente preparados os dados estes foram submetidos à releitura cuidadosa dos materiais onde se definiu as unidades de análise. No presente estudo optou-se por trabalhar as propostas pontuadas pelos profissionais. As propostas foram reescritas com a finalidade de viabilizar a compreensão fora do contexto em que se encontravam (SANTOS, 2012; BARDIN, 2011).

Na terceira fase, as propostas foram categorizadas considerando o que apresentavam em comum e extraíndo os seus significados. Tal procedimento se deu com o intuito de facilitar a análise das informações levantadas. Ainda no que diz respeito a essa etapa, foi observado se as categorias se mostravam válidas e se atendiam aos objetivos da análise, bem como se respondiam aos questionamentos da pesquisa (SANTOS, 2012; BARDIN, 2011). Sendo assim foram definidas três categorias interligadas e suas subcategorias quando julgado pertinente. Constituiu-se enquanto primeira categoria: Identificação de serviços para o cuidado do sobrepeso e da obesidade, seguida das subcategorias, Serviços da Rede de Atenção à Saúde e Serviços Intersetoriais; destacou-se enquanto segunda categoria: Ferramentas disponíveis para o cuidado do sobrepeso e obesidade e suas subcategorias Normatização de fluxos de cuidado e de serviços de referência e contrarreferência e Capacitação dos profissionais da Rede de Atenção à Saúde e foi apontada como terceira e última categoria: Propostas essenciais para o cuidado do sobrepeso e da obesidade.

O último momento foi caracterizado pela fase de tratamento dos resultados obtidos e interpretação onde ocorreu a captação dos conteúdos manifestados e latentes contidos em todo o material coletado. A análise comparativa foi realizada através da justaposição das diversas categorias existentes em cada análise, ressaltando os aspectos considerados semelhantes e os que foram concebidos como diferentes (SILVA; FOSSÁ, 2015). Nesse processo, os achados da pesquisa foram discutidos com embasamento na literatura atual disponível.

4.4 Terceira Etapa: Desenvolvimento dos Fluxogramas

No intuito de conduzir a construção dos fluxogramas de acompanhamento da pessoa com sobrepeso ou obesidade foi adotado o método Six Sigma (Seis Sigma).

Tal metodologia é definida como uma ferramenta que visa identificar e programar melhorias nos processos internos de uma organização e, assim, maximizar o desempenho dos processos eliminando os defeitos e as não conformidades de acordo com as especificações das instituições. O principal foco da metodologia é a satisfação e atendimento das necessidades das pessoas e a otimização do desempenho dos serviços (MARQUES, 2018).

No intuito de nortear a construção dos fluxogramas foram respeitadas as cinco etapas básicas (FIGURA 3) do método Six Sigma apresentadas por Drohomerski et al. (2018): Define (Definição), Measure (Medição), Analyze (Análise), Improve (Melhoria) e Control (Controle).

Seguem resumidamente os conceitos de cada etapa:

a) Define - O “D” (Definir) no processo foca na seleção de projetos de alto impacto e na compreensão de quais métricas irão refletir o sucesso do projeto. Nesta etapa se determina as principais necessidades dos serviços e os pontos mais importantes para a qualidade dos processos envolvidos. Ainda são elencadas as oportunidades de melhoria, como alguns preferem denominar, vinculadas aos processos.

No presente estudo, esta etapa se caracterizou pela definição do projeto para a construção de ferramenta de tecnologia leve-dura que viabilizasse o acompanhamento adequado de usuários obesos ou sobrepeso no âmbito do município, já que a ausência de recursos e estratégias para o cuidado dessa população implicava em falta de uniformização da assistência prestada, implicando diretamente na qualidade dos serviços.

b) Measure - A medição trata da documentação do processo atual, validando como ele é medido e estabelecendo uma linha base com relação à performance. Resumidamente mede e avalia o desempenho destes processos. Tal etapa é composta por quatro fases: Plano para coleta de dados, Coleta de dados, Análise dos dados, Análise de modos de falhas e efeitos.

Durante o desenvolvimento da pesquisa, foi realizado levantamento dos instrumentos normatizadores do cuidado existentes

para os usuários obesos ou sobrepeso na RAS, bem como a identificação de ferramentas de avaliação e monitoramento desses instrumentos. Primeiramente a gestão foi questionada quanto à existência dos instrumentos e estes posteriormente analisados. Constatou-se que o município contava apenas com protocolos de dispensação de insumos e medicamentos. Tais instrumentos não apresentavam conteúdo voltado para o acompanhamento de DCNT, implicando em uma lacuna assistencial.

c) *Analyze* - Na etapa de medição, foram levantadas as principais entradas do processo e as causas e efeitos, nesta são estudados e mapeados os dados colhidos, para que seja possível apontar a origem dos problemas nos processos e identificar oportunidades de melhorá-los.

Neste momento do estudo, se identificou que a ausência de ferramentas de cuidado se traduzia em uma verdade e que para a melhoria do processo assistencial fazia-se necessária a construção de instrumentos que organizassem o cuidado voltado para usuários obesos ou sobrepeso.

d) *Improve* - Estágio caracterizado pela otimização dos processos, por meio da implantação de soluções que sejam ao mesmo tempo corretivas e preventivas. Nesse momento, possivelmente muitas soluções serão apresentadas e algumas serão testadas. As etapas deste processo são: Levantamento de possíveis soluções; Implantação das soluções e Avaliação de eficiência.

No contexto estudado, foi identificada enquanto possibilidade de melhoria do processo de cuidado do sobrepeso e da obesidade do município, a construção coletiva com a participação da equipe multiprofissional, de fluxogramas de cuidado para nortear os profissionais de saúde na identificação, acolhimento, acompanhamento e monitoramento dos usuários portadores dos agravos em questão.

e) *Control* - Fase que tem por objetivo acompanhar o efeito das soluções a curto, médio e longo prazo, controlando o desempenho dos processos e apontando eventuais novas melhorias. Nesse momento no processo são avaliadas e é verificado se as melhorias estão ocorrendo como previstas e se os resultados são contínuos. Esta fase tem vários objetivos, sendo assim, os envolvidos deverão documentar as mudanças, realizar monitoramento contínuo e concluir o projeto.

Com o intuito de melhorar continuamente a ferramenta construída, foi proposta à gestão a utilização dos fluxogramas pelos profissionais da rede, para que esses identificassem as dificuldades de

utilização, bem como a necessidade de ajuste dos mesmos através de notificação que deveria ser encaminhada à Diretoria de Atenção Primária.

Figura 4– Etapas do Método Six Sigma



Fonte: DROHOMERETSKI et al. (2016).

Para a definição das atividades que fariam parte do processo foi realizada a análise das falas transcritas e sequencialmente essas foram colocadas em sequencia determinando assim o fluxo dos processos. Ao término da construção dos fluxogramas, os mesmos foram revisados pelos participantes do estudo a fim de detectar possíveis falhas e verificar se o processo realmente representava a necessidade do contexto (SILVEIRA, 2016).

Para a elaboração gráfica dos fluxogramas foi utilizado o software Adobe Illustrator®.

4.5 Considerações Éticas

O projeto em questão está vinculado ao macroprojeto intitulado “Redes de Atenção à Saúde: Tecnologias de Cuidado à Pessoa com Sobrepeso e/ou Obesidade da Grande Florianópolis”, sendo este vinculado ao Departamento de Enfermagem da UFSC e coordenado pela pesquisadora Prof.^a Dr.^a Luciara Fabiane Sebold, previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade

Federal de Santa Catarina, sob o número de parecer 1.631.404(ANEXO I).

Essa pesquisa respeitou as questões éticas nos termos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) e seguiu os seguintes aspectos: princípio da autonomia, respeitando a autonomia de escolha dos informantes do estudo em participar, continuar, interromper ou desistir a qualquer momento do estudo; princípio da beneficência, potencialização dos benefícios advindos no decorrer do trabalho; princípio da não maleficência, comprometimento com o mínimo de danos possível; princípios de justiça e equidade; divulgação dos resultados alcançados, quaisquer que sejam sua natureza, representando a possibilidade de compartilhar conhecimento e submissão à crítica da comunidade científica.

Os profissionais que aceitaram participar do estudo receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) onde constavam os objetivos da pesquisa e a forma como a mesma seria realizada, sendo que tiveram a liberdade de se recusarem a participar, bem como de desistirem dela a qualquer momento. Os participantes foram informados acerca da divulgação dos dados obtidos durante a pesquisa, mantendo-se sempre as identidades em sigilo. O TCLE foi assinado em duas vias, ficando uma em detenção do pesquisador e outra com o participante.

5 RESULTADOS

Os resultados deste estudo serão apresentados sob a forma de dois manuscritos e um Produto de Inovação Tecnológica de Gestão do Cuidado, conforme a Instrução Normativa 01/MPENF/2014 do Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem – Mestrado Profissional, referente aos procedimentos necessários para produção de dissertação, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

5.1 Manuscrito 1

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE PROTAGONIZANDO A ESTRUTURAÇÃO DE AÇÕES PARA O CUIDADO À PESSOA COM SOBREPESO OU OBESA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

RESUMO:

Introdução: As práticas de educação em saúde são fundamentais para a valorização da prevenção e promoção da saúde junto aos profissionais, para a garantia do apoio pela gestão e para o aumento da autonomia do cuidado pela população. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são responsáveis pela mediação do saber técnico e popular sendo fundamental o envolvimento destes na construção de propostas efetivas para o acolhimento e acompanhamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), principalmente para a obesidade por ser considerado um agravo crônico e fator de risco para o desenvolvimento de comorbidades. **Objetivo:** Identificar com os Agentes Comunitários de Saúde ações para o enfrentamento da obesidade/sobrepeso na comunidade. **Método:** Estudo exploratório descritivo desenvolvido no município de São José, com 81 Agentes Comunitários de Saúde. A coleta dos dados foi realizada a partir de uma prática educativa, que favoreceu a construção de conceitos de obesidade e a estruturação de uma Matriz de Intervenção pelos profissionais participantes. **Resultado:** A matriz de intervenção construída pelos participantes foi aderida pela gestão municipal e ultrapassou os objetivos planejados, pois favoreceu o envolvimento de outras áreas da saúde no desenvolvimento de ações para o tratamento da obesidade/sobrepeso. **Conclusão:** A Educação Popular em Saúde (EPS)

na Atenção Primária à Saúde é capaz de promover o envolvimento dos profissionais na construção do cuidado. O Agente Comunitário apresenta função importante na construção de propostas para a melhoria das condições de saúde da população, pois seu campo de atuação vai além do acompanhamento diário dos usuários de seus territórios.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Obesidade. Sobrepeso.

INTRODUÇÃO

As práticas de educação em saúde são constituídas por segmentos de atores prioritários: os profissionais de saúde que valorizam a prevenção e a promoção tanto quanto as práticas curativas; os gestores que apoiam esses profissionais; e a população que necessita construir seus conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados, individual e coletivamente (FALKENBERG et al., 2014).

Conforme Guerreiro et al. (2014), a educação em saúde deve levar a ruptura da visão assistencialista verticalizada e mecanicista, e seguidamente, permitir a troca das experiências e práticas entre a comunidade e profissionais.

Neste contexto, por tratar-se o Agente Comunitário de Saúde (ACS) de um mediador entre os saberes técnicos e populares, este se destaca como agente de ações e práticas independentes de saúde, pois ao mesmo tempo em que faz parte da equipe de saúde, faz parte da comunidade, sendo assim representa um dos principais elos entre o serviço de saúde e a comunidade por ser um profissional conhecedor das condições de vida e dos problemas enfrentados pela população em seu território (MACIAZEKI-GOMES et al., 2016).

O papel dos ACS na comunidade é fundamental em virtude da facilidade do acesso às pessoas no território de atuação, o que lhes possibilita a identificação precoce de situações de risco. Sendo assim, tais profissionais se apresentam como uma importante ferramenta na promoção da saúde e na prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), já que se encontram inseridos em equipes multiprofissionais (SANTOS, et al, 2012).

Dentre as DCNT destaca-se a obesidade que por ser considerada, concomitantemente, uma doença e um fator de risco para o desenvolvimento de outros agravos desta natureza, dentre eles a

hipertensão arterial e a diabetes que assim como o sobrepeso e a obesidade, apresentam aumento significativo nas taxas de prevalência.

A obesidade está diretamente relacionada com o ambiente obesogênico que estamos inseridos, por conta das mudanças vivenciadas pela sociedade, pois além da transição demográfica, também experimentamos uma transição epidemiológica, com diminuição das doenças infecciosas e aumento das doenças crônicas e a transição nutricional, com queda da desnutrição e aumento do excesso de peso, em todas as idades e classes de renda (BRASIL, 2014).

Tendo em vista a inserção dos ACS na comunidade é de extrema importância que estes estejam preparados para identificar as pessoas que estão em situação de risco para o desenvolvimento da obesidade, e para isso a educação em saúde deve ser estimulada por meio de práticas e oficinas de treinamento, configurando-se em ações integrais em saúde. Para Cyrino et al. (2016) a educação em saúde, consiste numa ferramenta, a qual permite o aprendizado e a interação social, uma vez que, está alicerçada à cultura e ao saber dos participantes, para que se possa envolvê-los, através do diálogo, na temática proposta.

Diante das assertivas acima se questiona: de que forma os ACS podem contribuir para a construção de estratégias para o acolhimento, acompanhamento e tratamento da obesidade/sobrepeso em seus territórios?

A relevância do estudo advém da necessidade de envolver os diferentes saberes profissionais na estruturação de estratégias para o cuidado da obesidade enquanto agravo crônico de saúde, mais especificamente da obesidade, levando em consideração os saberes técnicos e populares.

Portanto apresenta-se como objetivo do estudo o desenvolvimento de ações para o enfrentamento da obesidade/sobrepeso pelos ACS no município de São José.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório descritivo desenvolvido na Rede de Atenção Primária à Saúde de São José, município localizado em Santa Catarina com Agentes Comunitários de Saúde.

A rede é composta por 23 Unidades Básicas de Saúde (UBS), que comportam em suas estruturas 43 equipes de Estratégia de Saúde da

Família – ESF, nas quais estão inseridos 216 ACS (PREFEITURA DE SÃO JOSÉ, 2017).

Foram convidados a participar da prática os 216 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que atuam na Rede de Atenção Primária à Saúde de São José. Tal atividade foi divulgada pela Coordenação de Educação Permanente do município e o convite foi encaminhado para os e-mails institucionais das Unidades Básicas de Saúde, para que fosse estendido aos ACS. Junto ao convite foi encaminhado o link de inscrição do FormSUS para participação no evento.

Os critérios de inclusão para participação da atividade educativa foram: ACS devidamente inscrito na atividade através do link de inscrição do FormSUS, ser servidor efetivo ou contratado com atuação superior a seis meses no município de São José, a fim de garantir que tais profissionais conhecessem os fluxos existentes para o acompanhamento dos usuários portadores de DCNT no município. E os critérios de exclusão foram considerados os ACS que estivessem em período de férias, licença gestação, licença prêmio, licença sem vencimento ou afastamento para tratamento de saúde.

Houve 100 Agentes Comunitários de Saúde - ACS, inscritos previamente na Oficina de Sensibilização através do FormSUS, no entanto compareceram na atividade um total de 81.

A atividade foi realizada na Escola de Formação em Saúde - EFOS, nos dias 16 e 17 de novembro de 2017, nos períodos matutino (08:00h às 12:00h) e vespertino (13:00 às 17:00h), constituindo assim quatro grupos distintos de profissionais ACS. Esta divisão dos grupos deu-se para poder viabilizar o acesso e oferecer espaço físico capaz de acolher os participantes confortavelmente, permitindo a interação entre todos os atores envolvidos.

A coleta dos dados deu-se por meio da realização de uma prática educativa com os ACS, sendo constituída por etapas distintas.

Primeira Etapa

Pré-atividade centrada no preparo e seleção do conteúdo a ser abordado durante a execução da atividade educativa. Foram utilizados materiais que abordassem a conceituação de sobrepeso e obesidade, bem como a atuação dos diferentes níveis de atenção à saúde na identificação, acompanhamento, monitoramento e tratamento de tais agravos crônicos. Após a seleção do conteúdo foi estruturada uma apresentação no Google Drive® com lâminas contendo dados epidemiológicos sobre obesidade e sobrepeso no cenário mundial e

nacional, bem como a multifatorialidade do agravo e apontamento do problema norteador objeto da oficina: a ausência de envolvimento dos ACS na estruturação do cuidado do sobrepeso e da obesidade no município. Foram expostas aos participantes as justificativas que demonstram a relevância da atividade e os objetivos da mesma. Ainda foram utilizados enquanto recursos audiovisuais os vídeos “Atividades do Governo sobre o avanço da Obesidade no Brasil” e “Prevenção e Promoção de Saúde”, a fim de motivar o diálogo entre os ACS e desses com o facilitador.

Segunda Etapa

Oficina de sensibilização permeada pela construção compartilhada do conhecimento, balizada pela Educação Popular em Saúde. Para nortear as discussões e os construtos do coletivo, foram identificadas algumas temáticas: Conceitos de sobrepeso e obesidade; estratégias possíveis para a realização de ações de promoção da saúde para as pessoas sobrepeso e obesas dos territórios nos quais atuam; desafios e possibilidades de cuidado no acompanhamento de pessoas sobrepeso e obesas.

Terceira Etapa

Foi realizada a dinâmica do Metaplan, o qual compreende técnicas de “visualização e de moderação”, que podem ser utilizadas em processos participativos de diagnóstico, planejamento e avaliação. O método, ainda oferece instrumentos para a análise dos aspectos considerados em cada etapa de formulação da matriz lógica (LORA; ROCHA, 2016).

Corresponde à utilização de fichas coloridas, conhecidas como “tarjetas”, sobre as quais os participantes escrevem, com pincel atômico e de forma sintética, as suas considerações, e depois as fixam em um mural para que todos possam lê-las. Diferentes cores e formas de tarjetas podem ser utilizadas para distinguir a natureza das informações, as contribuições de diferentes equipes, as fases do trabalho e outros. A mobilidade das fichas afixadas no mural permite que elas sejam rearranjadas em função de consensos ou tomadas de decisão por parte do grupo (LORA; ROCHA, 2016).

No Metaplan, a coordenação dos trabalhos e a mediação das discussões ficam a cargo do “facilitador”. O importante é que o facilitador tenha conhecimento da técnica de visualização e esteja

capacitado a conduzir trabalhos coletivos. O papel fundamental do facilitador é propor ao grupo questões relevantes, que possam encaminhar as discussões que serão por ele despertadas a partir das considerações dos participantes publicadas no mural. Conforme o objetivo do trabalho, as questões propostas pelo facilitador, bem como as discussões por ele levantadas, conduziram o grupo a obter um produto final, que pode compreender: os indicativos sobre uma dada situação, as alternativas a certo problema, o plano de ação de um projeto, entre outros.

Neste momento a oficina foi dividida em fases para o desenvolvimento das metas identificadas na etapa anterior.

| Meta | Desenvolvimento das metas |
|---|---|
| <p>Levantar junto aos ACS os conceitos de sobrepeso e obesidade</p> | <p>Vídeo “Atividades do Governo sobre o Avanço da Obesidade no Brasil”. A partir dessa atividade o facilitador conduziu o grupo na construção do conceito de obesidade, por meio da utilização das tarjetas. Os conceitos foram expostos em painel e, posteriormente categorizados. Após foi realizada uma analogia entre os conceitos apresentados e os existentes na literatura, para a construção coletiva de um conceito consentido pelo grupo e o mesmo foi apresentado através das tarjetas e registrados por meio de fotografias.</p> |
| <p>Elencar com os participantes, estratégias possíveis para a realização de ações de promoção da saúde para as pessoas sobrepeso e obesas dos territórios nos quais atuam</p> | <p>Vídeo “Prevenção e Promoção de Saúde”. Após essa atividade foi elaborada a construção das definições pessoais de prevenção e promoção e saúde, por meio da mesma dinâmica adotada na primeira meta, com foco na identificação dos espaços e momentos que viabilizam a execução dessas ações, bem como na existência ou ausência das mesmas no âmbito do território no qual atuam. A partir desse ponto, os participantes foram incentivados a buscarem estratégias factíveis e de governabilidade da equipe, que possam vir a serem implementadas.</p> |
| <p>Identificar desafios e possibilidades de cuidado no acompanhamento de pessoas sobrepeso e obesas.</p> | <p>Através da dinâmica do Metaplan levantou-se as percepções dos ACS quanto às fragilidades e fortalezas do território, permitindo que juntos pudessem discutir ações para correção das fragilidades e otimização das fortalezas através da estruturação de uma Matriz de Intervenção.</p> |

Quarta etapa

Nesta etapa foi estruturada a Matriz de Intervenções para o enfrentamento da obesidade e do sobrepeso que foi posteriormente apresentada aos gestores da saúde municipal e representantes da ESF.

As oficinas foram gravadas em aparelho digital de voz e posteriormente transcritas na íntegra em documento do Microsoft Word. Ao final das atividades todo o material transcrito foi revisado e analisado de acordo com o método de Análise de Conteúdo de Bardin, que oferece um conjunto de técnicas de análise das comunicações (BARDIN, 2011).

Conforme propõe Bardin (2011), a organização da análise de conteúdo se deu em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A fase de pré-análise caracteriza-se pela organização da investigação, onde se escolhe os documentos que serão submetidos à análise e se constrói o corpus de análise, a formulação de hipóteses e objetivos.

Nesta etapa do estudo em questão, adotou-se o critério da exaustividade e neste sentido, foram extraídos e analisados trechos das falas dos ACS participantes das oficinas. Na pesquisa em questão, foi assegurado o princípio da representatividade, observando aspectos de maior relevância, significado e consistência, de modo a demonstrar aprofundamento do objeto de pesquisa.

As transcrições produzidas foram organizadas em arquivos por grupo de oficina, considerando a sequência cronológica das mesmas. Ainda nessa etapa, foi realizada a leitura minuciosa de cada parágrafo das transcrições das falas dos ACS e a mensagem atribuída às categorias pré-definidas no estudo.

Após a categorização foram iniciadas as interpretações, indicando as respostas à pergunta de pesquisa, buscando compreender os significados e percepções do contexto estudado. Para ilustrar os resultados apresentam-se trechos mais relevantes do estudo, e como forma de manter o anonimato, os participantes dos grupos foram designados com a inicial “E”, procedida do algarismo arábico.

A pesquisa seguiu todas as orientações propostas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. Desse modo, o projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC, via Plataforma Brasil, sendo aprovado sob o número do parecer 1.631.404.

RESULTADOS

Após a realização das atividades da prática educativa os resultados foram organizados de forma que a partir dos conceitos construídos elaborou-se uma matriz de intervenção e seus desdobramentos para o município do estudo. Para cada dimensão, foram definidas as ações a serem executadas, bem como a elucidação dos objetivos a serem alcançados, as estratégias, as atividades a serem desenvolvidas, os recursos necessários, os resultados esperados, os responsáveis por cada ação, os prazos e os mecanismos indicadores para avaliação dos resultados.

Os ACS após discussões sobre a temática construíram coletivamente suas concepções sobre obesidade, demonstrando que o entendimento desta condição está muito próximo ao entendimento científico, já que a obesidade é uma DCNT evidenciada pelo aumento do peso e de causa multifatorial, considerada fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças/condições. Além disso, traz associado um estigma de exclusão associado à percepção da autoimagem, demandando em grande sofrimento mental por parte do portador.

“A obesidade é uma doença crônica, caracterizada pelo aumento de peso, sendo multifatorial. É um fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças, tendo efeito sobre aspectos psicológicos e sociais.”(GRUPO 01)

“A obesidade é uma doença crônica, caracterizada pelo excesso e causada por diversos fatores, resultando em fatores de risco para o desenvolvimento de outras doenças. Tem impacto sobre a aceitação pela sociedade causando sofrimento psicológico.”(GRUPO 02)

“A obesidade é uma doença crônica da sociedade moderna, caracterizada pelo excesso de peso, sendo desencadeada por diversos fatores. Afeta a população mundialmente e por isso precisa ser

combatida, pois é responsável pelo aparecimento de outras doenças e as pessoas desconhecem formas de tratamento e abordagem adequada. Além disso, tem efeitos psicológicos, pois a sociedade impõe padrões que geram a exclusão e diminuição da auto estima da pessoa obesa.”(GRUPO 03)

“A obesidade é uma doença crônica identificada pelo excesso de peso e pode ter diferentes causas - estilo de vida, alimentação, sedentarismo, fatores psicológicos, emocionais e metabólicos. Pode resultar no aparecimento de outras doenças e por esse motivo deve ser tratada e reconhecida através da informação. A imposição do padrão exigido pela sociedade pode contribuir para a exclusão do indivíduo obeso”. (GRUPO 04)

Ao compartilharem com o grupo os seus conceitos, observou-se nos profissionais satisfação e o reconhecimento de que são detentores não apenas de saber popular, mas também de conhecimento científico. Tal sentimento é expresso nas seguintes falas:

“Gente! Que lindo que ficou isso [...] nem parece que foi a gente que fez.” (E38)

“Não acredito que fizemos isso sozinhos! Estou orgulhosa da gente. (E54)
A gente pensa que não sabe nada, mas tá tudo aqui ó. É só alguém ajudar que sai (risos). ”(E27)

“Depois têm a coragem de falar que agente de saúde não sabe nada. A gente sabe é muita coisa.” (E73)

“Mostra o conceito original, duvido que é melhor que o nosso!”(E18)

Por outro lado, observou-se nos participantes a familiaridade com a utilização de ferramentas de planejamento, monitoramento e avaliação do trabalho, já que no âmbito da APS municipal as Matrizes de Intervenção são comumente utilizadas no cotidiano das equipes de ESF.

“Trabalhar com a Matriz é mais fácil porque já usamos no PMAQ. A gente sabe o que tem que fazer e quem vai fazer [...] dá de ver cada passo [...]”(E28)

“É bom trabalhar com uma coisa que a gente já conhece. A gente fica mais seguro.” (E64)

“Têm coisas que a gente não consegue fazer sozinho. Mas dá de chamar outras pessoas para ajudar. A gente não consegue dar curso, mas a educação permanente consegue.” (E33)

“Não pode esquecer de colocar o PSE aí. Tem um monte de profissional que pode ajudar. Tem nutricionista, psicólogo, professor de educação física [...] e tudo isso na unidade de saúde.”(E51)

Considerando as fragilidades referentes ao acompanhamento dos usuários sobrepeso e obesos dos territórios, foram elencadas as prioritárias e estas foram trabalhadas como dimensões. Ao todo foram identificadas três dimensões: Capacitação do ACS, Identificação das pessoas obesas/sobrepeso no território e a definição de estratégias para o acolhimento e acompanhamento de pessoas obesas/sobrepeso na Atenção Primária.

“Para gente poder saber quem tá acima do peso ou não, a gente tem que saber como fazer [...] não dá só de perguntar o peso da pessoa e às vezes o peso sozinho não quer dizer nada.” (E42)

“Antes de mais nada, o agente tem que saber onde a pessoa com problema de peso tá. Se sabe onde tá a gestante, o

hipertenso, mas ninguém sabe onde os gordos estão.”(E71)

“Têm várias coisas que a gente pode fazer pra cuidar desse pessoal [...] dá de fazer grupo, chamar o NASF, ir nas escolas, mas tem que fazer em todos os postos de saúde [...] não adianta fazer em dois, três postos.”(E15)

DISCUSSÃO

Considerando as discussões sobre a temática os ACS elaboraram conceitos de obesidade que coadunam com a literatura, onde os mesmos reconheceram a obesidade enquanto condição crônica de saúde com espectro multifatorial e potencial fator de risco para o desenvolvimento de outras Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Reconhece-se que a obesidade e o sobrepeso se apresentam como condições de risco extremamente preocupantes para a manifestação de DCNT, pois estão intimamente relacionados com as comorbidades cardiovasculares, diabetes, tipos de câncer e outros eventos (MALTA; SILVA JUNIOR, 2014).

Dentre os participantes do estudo, observou-se que estes compreendiam que a obesidade/sobrepeso pode ser manejada no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) e por fazerem parte da composição da equipe de saúde, sentiam-se responsáveis pela elaboração de estratégias para o cuidado da condição, assim como já o fazem com outras condições crônicas. Como os demais agravos dessa natureza a obesidade deve ter na APS, uma porta de entrada preferencial, já que a reversão dessa condição pode e deve ser em sua grande maioria, realizadas neste nível de atenção à saúde (NICOLAU et al., 2017).

Auxiliado pelo processo educativo construtivo, tal momento permitiu aos sujeitos a oportunidade de expressar pensamentos e experiências, num ato reflexivo de análise, julgamento e proposição de soluções de maneira coletiva, pertinentes à realidade vivida, indo de encontro à concepção ampliada de saúde se aproximando da Educação Popular em Saúde (EPS) ao levar em conta o saber comum das pessoas sobre o adoecimento e a cura. A produção em saúde acontece em meio à produção da vida, por isso o ponto de partida do processo educativo acontece com rodas de conversa, diagnósticos participativos,

assembleias e manifestações da cultura popular (BORNSTEIN; LOPES; DAVID, 2014).

Ao analisar os Conceitos e as Matrizes de Intervenção elaboradas pelos grupos, fica evidente a assimilação do conteúdo trabalhado e as ações propostas atendem a perspectiva da EPS, pois são pensadas para além de uma forma verticalizada, baseadas em práticas que contemplem mais do que uma saúde para o povo, mas sim uma saúde estruturada com o povo (BRASIL, 2013a).

Através da participação no estudo, os ACS perceberam que suas atuações ultrapassam o acompanhamento do território, pois o conhecimento que possuem permite que participem ativamente na estruturação de estratégias para a efetivação e melhoria da qualidade da assistência, pois naturalmente têm domínio sobre os conceitos necessários para o cuidado e seus saberes enquanto membros da comunidade favorecem a proposição de ações viáveis. Tal discussão passa, necessariamente, pela apropriação dos profissionais do conceito ampliado de saúde, e da composição de práticas que valorizem saberes em saúde ligados ao território e ao contexto de vida das pessoas e da comunidade como um todo (MACIAZEKI-GOMES, et al., 2016).

Ainda, percebe-se que os profissionais do estudo relataram satisfação em participar do mesmo, pois ao se perceberem capazes de construir estratégias para o cuidado sentiram-se valorizados enquanto membros da equipe de saúde. A desvalorização das ações em saúde desempenhadas pelos ACS ocasiona uma despotencialização das ações de promoção e prevenção em saúde. O reconhecimento e o fortalecimento das ações realizadas pelos ACSs como nucleares das ações em saúde tornam-se fundamentais para a efetivação de práticas pautadas na EPS (MACIAZEKI-GOMES et al., 2016).

Tal experiência favoreceu o reconhecimento de que a participação dos ACS na construção de propostas para o cuidado de DCNT é de extrema valia, pois estes reconhecem a realidade dos territórios e agregam o conhecimento técnico ao saber popular, favorecendo a criação de propostas factíveis. Os ACSs possuem um entendimento apurado do conceito ampliado de saúde, que ultrapassa o foco na doença e em intervenções que priorizam unicamente a via medicamentosa. Partindo desses entendimentos de saúde, pode-se pensar que os ACSs, em suas práticas cotidianas são capazes de refletir e compor junto com a população diálogos e práticas em saúde que se direcionam para a desconstrução de um conceito de saúde que se limite ao saber biomédico e a uma perspectiva curativa (BRASIL, 2013a).

Conclui-se que a junção dos saberes é fundamental para a integralidade do cuidado no âmbito da APS, pois esse construir coletivo favorece a estruturação de propostas que vão de encontro às necessidades dos territórios e corresponsabiliza profissionais e comunidade no desenvolvimento e efetivação do cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A EPS no âmbito da Atenção Primária tem a capacidade de promover o envolvimento dos profissionais nos processos de construção de cuidado. Ao aliarmos o saber técnico e o conhecimento popular, ampliamos nossa compreensão no que diz respeito às necessidades e singularidades do território, bem como das pessoas que ali estão. Neste contexto o ACS é figura fundamental no processo construtivo, pois ele não só acompanha, mas também vive a comunidade diariamente e por esse motivo entende sua dinâmica e reconhece quem a compõe.

O movimento gerado pela prática assistencial garantiu aos profissionais o apoio da gestão municipal de saúde e traduziu-se em visibilidade para o município, pois algumas ações foram divulgadas através de diferentes veículos de comunicação e tal reconhecimento motivou os profissionais para o desenvolvimento de outras propostas, além das citadas no estudo.

Considerando que todas as metas propostas foram discutidas, registradas, compartilhadas e que, coletivamente, foi estruturada uma matriz de intervenção. Doravante, o objetivo da prática educativa ultrapassou as expectativas, pois além dos ACS colocarem em prática o conhecimento construído pelo grupo, a matriz de intervenção foi aderida pela gestão do município do estudo, e os desdobramentos foram aquém de um estudo acadêmico, demonstrando assim a importância da ação-reflexão-ação para o cuidado sensível e compreensível às pessoas com sobrepeso/obesidade, pois estes implicam em acompanhamento e intervenção por parte dos atores envolvidos no cuidado voltado à população portadora de tal agravo.

Fica evidente que o ACS apresenta função importante no que diz respeito à construção de propostas para a melhoria das condições de saúde da população e que seu campo de atuação vai além do acompanhamento diário das famílias e/ou indivíduos dos territórios de atuação.

REFERÊNCIAS

BORNSTEIN, Vera Joana; LOPES, Márcia Raposo; DAVID, Helena Maria S. Leal. **Educação popular na formação do Agente Comunitário de Saúde**. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (Ed.). II Caderno de Educação Popular em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 152-157. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2_caderno_educacao_popular_saude.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2018.

BRASIL. Aline SchillingCopstein. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 212 p. (Cadernos d). N. 38.

CYRINO, Renata Souza et al. **Atividades lúdicas como estratégia de educação em saúde com idosos**. Ciência em Extensão, Goiânia, v. 12, n. 3, p.154-163, 2016. Disponível em: <http://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/viewFile/1324/1260>. Acesso em: 05 jan. 2019.

FALKENBERG, Mirian Benites et al. **Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva**. Ciência & Saúde Coletiva, [s.l.], v. 19, n. 3, p.847-852, mar. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>.

GUERREIRO, EryjocyMarculinoet al. **Educação em Saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puérperas**. Revista Brasileira de Enfermagem, [s.l.], v. 67, n. 1, p.13-21, 2014. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140001>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672014000100013&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 14 dez. 2018.

LORA, Patrícia; ROCHA, Daniel. **Promoción de lainnovación social a través de lautilización de metodologías participativas enlagedestióndelconocimiento**.Equidad y Desarrollo, [s.l.], n. 25, p.159-178, 10 jan. 2016.Universidad de la Salle. <http://dx.doi.org/10.19052/ed.3513>.

MACIAZEKI-GOMES, Rita de Cássia et al. **O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios**. Ciência & Saúde Coletiva, [s.l.], v. 21,

n. 5, p.1637-1646, maio 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.17112015>.

MALTA, Deborah Carvalho; SILVA JUNIOR, Jarbas Barbosa da. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil após três anos de implantação, 2011-2013**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, [s.l.], v. 23, n. 3, p.389-398, set. 2014. Instituto Evandro Chagas. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742014000300002>. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100016>. Acesso em: 30 ago. 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 2.761 de 19 de Novembro de 2013**: Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 19 nov. 2013. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html>. Acesso em: 05 jan. 2019.

NICOLAU, Ian Rigon; SANTO, Fátima Helena Espírito; CHIBANTE, Carla Lube. **Tratamiento multidisciplinario pra los adultos obesos grado III: una revisión integrativa**. Revista Cubana de Enfermería, [s. L.], v. 33, n. 2, p.1-17, jun. 2017.

PEREIRA, Marcelo Sant'anna. **A utilização da Matriz Lógica em projetos sociais**. Pesquisas e Práticas Psicossociais, São João Del-rei, v. 10, n. 2, p.327-339, dez. 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082015000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 nov. 2018.

PREFEITURA DE SÃO JOSÉ. **Contextualização da Rede de Atenção Primária à Saúde de São José**. São José: Secretaria Municipal de Saúde, 2017.

5.2 Manuscrito 2

ENFRENTAMENTO, ACOLHIMENTO E MONITORAMENTO DA PESSOA COM SOBREPESO E OBESIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

RESUMO:

Introdução: Mundialmente, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis são consideradas um grave problema de saúde pública, devido sua alta mortalidade e morbidade. Dentre elas a obesidade se destaca por ser uma doença e um fator de risco para o desenvolvimento de outros agravos. A Atenção Primária à Saúde é a porta preferencial de entrada das pessoas no SUS, exigindo assim a sensibilização e instrumentalização dos profissionais para o cuidado da obesidade/sobrepeso. **Objetivo:** Construção coletiva de propostas que viabilizem a estruturação de ações para o enfrentamento, acolhimento, acompanhamento e tratamento do sobrepeso e da obesidade na Rede de Atenção à Saúde. **Método:** Estudo metodológico de produção tecnológica realizado com 21 profissionais da equipe multidisciplinar de saúde do município de São José. Os dados foram coletados através de grupo focal. **Resultados:** A análise dos resultados se deu através do método de Análise de Conteúdo de Bardin e foram estruturadas três categorias: Identificação de serviços para o cuidado do sobrepeso e da obesidade; Ferramentas disponíveis para o cuidado do sobrepeso e da obesidade; Levantamento das propostas essenciais para o cuidado do sobrepeso e da obesidade. **Conclusão:** A construção coletiva de ferramentas para o cuidado da obesidade/sobrepeso, favorece a adesão e o comprometimento dos profissionais e qualifica a assistência.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Equipe Multiprofissional. Obesidade. Sobrepeso.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) possui enquanto conceito a junção de valores e princípios que balizam a condução do desenvolvimento dos sistemas de saúde a nível mundial. No cenário brasileiro, o Ministério da Saúde (MS) pressupõe que o trabalho em equipe é um elemento essencial na área da APS. Em consonância com esta afirmativa, percebeu-se um movimento de expansão da APS através

da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e esta se caracterizou como um item fundamental para a revolução da APS, sendo o trabalho em equipe um dos pressupostos mais importantes para a reorganização do processo de trabalho (SANTOS et al., 2016).

O trabalho em equipe na saúde está em posição dianteira das estratégias para transformações dos modelos de assistência e leva em consideração um contexto sociocultural e econômico extremamente complexo e cada vez mais dinâmico. Percebe-se uma inclinação da literatura em perfilar a interdependência e complementaridade das ações de vários profissionais para melhorar a qualidade do cuidado prestado e que a integração entre estes pode estar relacionada ao quanto à equipe cuida. A ESF, neste conjunto, configurou-se como um método inovador no campo sanitário, pois salienta a importância do trabalho multiprofissional e em equipe (PEREIRA; RIVERA; ARTMANN, 2013).

Ao considerarmos a APS a porta preferencial de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), esta se configura como principal responsável pelo cuidado das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) às quais se caracterizam pelo conjunto de condições que, em geral, estão relacionadas à multifatorialidade com coexistência de determinantes biológicos e socioculturais. Estes agravos distinguem-se pelo desenvolvimento gradual, prognóstico imprevisível e duração indefinida (BRASIL, 2014b). Além da mortalidade, as DCNT apresentam forte carga de morbidades relacionadas. Elas são responsáveis por grande número de internações, bem como estão entre as principais causas de amputações e de perdas de mobilidade e de outras funções neurológicas. Envolvem também perda significativa da qualidade de vida, que se aprofunda à medida que a doença se agrava (BRASIL, 2014b). As DCNT são consideradas um preocupante problema de saúde pública no cenário mundial. De acordo com o publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no Relatório Mundial sobre Doenças Não Transmissíveis, dos 38 milhões de mortes que ocorreram no mundo em 2012, 68% estão relacionadas às DCNT (WHO, 2014).

Considerando o contexto epidemiológico das DCNT destaca-se a obesidade por ser considerada, concomitantemente, uma doença e um fator de risco para o desenvolvimento de outros agravos desta natureza, dentre eles a hipertensão arterial e a diabetes que assim como o sobrepeso e a obesidade, apresentam aumento significativo nas taxas de prevalência. É evidente que a obesidade está diretamente relacionada com as mudanças vivenciadas pela sociedade, pois além da transição

demográfica, também experimentamos uma transição epidemiológica, com diminuição das doenças infecciosas, aumento das doenças crônicas e a transição nutricional, com queda da desnutrição e aumento do excesso de peso, em todas as idades e classes de renda (BRASIL, 2014).

Para uma eficiente captação e acolhimento dessa demanda, os profissionais de saúde precisam estar capacitados e sensibilizados para essa problemática, entendendo que o excesso de peso é um agravamento à saúde, com grande influência no desenvolvimento de outras doenças crônicas e que a reversão desse quadro pode e deve ser na maioria das situações, realizada na APS (NICOLAU et al., 2017). Mediante tais considerações e analisando os componentes existentes na Rede de Atenção em Saúde (RAS) de um município do sul do Brasil, fica evidente a inexistência de ferramentas para o atendimento deste agravamento de saúde enquanto fragilidade da RAS.

Sendo assim, com a finalidade de atender o espectro multifatorial do fenômeno do sobrepeso e da obesidade no município, compreendendo que a construção de propostas de forma coletiva e agregando os diferentes saberes pode viabilizar a factibilidade da implementação de ações para o enfrentamento dessas DCNT, torna-se fundamental o envolvimento da equipe multiprofissional para a estruturação de propostas a serem implementadas na RAS, capazes de subsidiar a qualificada tomada de decisão por parte dos profissionais, de acordo com aspectos essenciais à produção do cuidado e ampliando a resolutividade das equipes de saúde.

Durante a imersão na temática surgiu a seguinte pergunta norteadora da pesquisa: Quais as estratégias existentes no município para o enfrentamento, acolhimento, acompanhamento e tratamento do sobrepeso e da obesidade na Rede de Atenção à Saúde (RAS)?

Justifica-se a relevância da pesquisa, por esta reconhecer que a construção de propostas de forma coletiva no âmbito da APS, viabiliza a adequação das mesmas à realidade do território e leva em consideração os equipamentos disponíveis na RAS, tornando-as factíveis.

Apresenta-se como objetivo levantar junto à equipe multiprofissional do município, propostas essenciais para o enfrentamento, acolhimento, acompanhamento e tratamento do sobrepeso e da obesidade na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

MÉTODO

Estudo do tipo pesquisa-ação de abordagem qualitativa e produção tecnológica, desenvolvido na Rede de Atenção Primária à Saúde de São José, município de Santa Catarina.

A APS do município é composta por 23 Unidades Básicas de Saúde (UBS), que comportam em suas estruturas 43 equipes de Estratégia de Saúde da Família – ESF (PREFEITURA DE SÃO JOSÉ, 2017). As Unidades Básicas de Saúde encontram-se dispostas em quatro Distritos Sanitários de Saúde (Norte, Sul, Leste e Oeste), além das UBS, a rede de Atenção Primária de São José conta com quatro Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) compostos por profissionais de diversas áreas de conhecimento (psicólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psiquiatras, pediatras, farmacêuticos, geriatras, fonoaudiólogos, educadores físicos e assistentes sociais).

Participaram do estudo 21 profissionais da Rede de Atenção à Saúde do município, sendo dois Enfermeiros de ESF, dois médicos de ESF, dois médicos pediatras, dois psicólogos, dois nutricionistas, dois fisioterapeutas, dois educadores físicos, dois assistentes sociais, um farmacêutico, dois dentistas e dois agentes comunitários de saúde, sendo esse total dividido em dois grupos multidisciplinares de trabalho com 10 e 11 participantes respectivamente.

Os critérios de inclusão foram profissionais efetivos ou contratados com atuação superior a seis meses no município de São José, com atuação direta na assistência e acompanhamento no âmbito da rede. Excluiu-se do estudo profissionais em período de férias ou licença gestação/tratamento de saúde/prêmio ou qualquer outro tipo de afastamento.

Os profissionais da equipe multiprofissional foram convidados a participar do estudo através de carta convite enviada para o correio eletrônico das unidades de saúde nas quais desenvolvem suas atividades, a qual apresentava explicações sobre o projeto de pesquisa, bem como a data de realização das oficinas. Mediante o aceite, foi apresentado o objetivo da mesma e a contribuição desta para o levantamento de propostas essenciais para o cuidado do sobrepeso e da obesidade, sendo solicitada a autorização de participação mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A técnica utilizada para a coleta de dados foi o grupo focal. Ao todo foram realizadas três oficinas com cada grupo multidisciplinar. As oficinas foram realizadas na estrutura da Prefeitura Municipal de São

José, mais especificamente no auditório Norte da Secretaria Municipal de Educação o que possibilitou a privacidade dos participantes e traduziu-se como um espaço livre de interrupções. Os encontros tiveram uma média de duas horas de duração e foram realizadas nos meses de setembro, novembro e dezembro de 2018. Foram utilizados gravadores digitais para captar os depoimentos dos participantes e tais depoimentos gravados foram transcritos na íntegra em documento estruturado no Microsoft Word pela pesquisadora principal.

No intuito de analisar os dados obtidos, seguiu-se a proposta de análise de conteúdo de Bardin que visa categorizar os achados do estudo e interpretá-los através da utilização de três pólos cronológicos: a pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados, a interferência e interpretação (BARDIN, 2011).

Atendendo o disposto na resolução 466/2012, os projetos de pesquisa que envolve seres humanos devem ser analisados, em seus aspectos éticos, pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Em conformidade ao disposto o estudo encontra-se vinculado ao macroprojeto denominado “Redes de Atenção à Saúde: Tecnologias de Cuidado à Pessoa com Sobrepeso e/ou Obesidade na Grande Florianópolis/Santa Catarina”, previamente aprovado pelo Comitê de Ética, sob o número de parecer: 1.631.404

Com a finalidade de garantir o anonimato dos participantes do estudo, os mesmos foram identificados com a letra “P” seguido por algarismos arábicos.

RESULTADOS

Posteriormente à transcrição, os depoimentos dos profissionais que participaram das oficinas foram analisados e identificadas as unidades de registro que apresentavam relevância quando relacionadas ao objetivo do estudo, sendo que na sequência foram organizadas em categorias temáticas. Desta forma, ficaram definidas três categorias temáticas que convergiram para o objetivo proposto.

1. Categoria: Identificação de serviços para o cuidado do sobrepeso e da obesidade no município

Durante as discussões dos grupos, foi unânime entre os participantes a necessidade de identificação dos componentes da rede

para que posteriormente houvesse a construção de propostas para o cuidado e definição do fluxo da pessoa portadora do agravo crônico (sobrepeso ou obesidade) no âmbito da mesma.

“Não é difícil identificar um usuário obeso, complicado é saber para onde encaminhar. Eu sozinho não vou dar conta de tratar mais esse problema. Não tem nada escrito que mostre quem pode ajudar, para onde encaminhar.” (P01)

“Na verdade cada um cuida de um jeito e encaminha como acha melhor. É para o NASF? É para a nutricionista? Fica na Unidade de Saúde? O profissional que decide.” (P04)

“E daí começa a andança, vai para um lado e outro da Rede, mas não resolve o problema ou se resolve a gente não fica sabendo, porque na verdade a gente não sabe quais são os serviços disponíveis para cuidar dessas pessoas.” (P10)

“A gente precisa saber quais são os serviços, as pessoas, as portas que temos para cuidar da pessoa obesa, isso é fundamental.” (P18)

Além de pontuarem a necessidade de identificação dos equipamentos disponíveis para o acolhimento e tratamento da obesidade e do sobrepeso, as falas dos participantes convergiram para a necessidade de estruturação de ações intersetoriais, já que os agravos têm natureza multifatorial e o desenvolvimento dessas condições tem relação direta com hábitos saudáveis de vida .

“Os serviços de saúde sozinhos não têm pernas para prevenir e tratar obesidade. A prevenção tem que ser trabalhada nas escolas, a gente precisa de oferta de atividade física para essa gente. Isso a gente não resolve só com o NASF.” (P07)

“Se é um problema multifatorial a solução tem que ser intersetorial. Tem que envolver mais gente... Saúde, educação, assistência social, esporte...” (P02)

Tais reflexões apontaram a necessidade de estruturação de duas subcategorias, com a finalidade de facilitar a organização e análise dos dados, favorecendo o desenvolvimento do desenho da rede de cuidado para o sobrepeso e obesidade pelos participantes.

Dentre as falas frequentes nos grupos, por vezes os serviços de saúde foram apontados como possibilidades para a identificação e tratamento da obesidade/sobrepeso no âmbito do município. Os participantes compartilhavam o pensamento de que a porta preferencial de entrada desta pessoa na rede, obrigatoriamente deveria ser a Atenção Primária à Saúde, representada pelas Unidades Básicas de Saúde e posteriormente, diante da necessidade, este poderia ser encaminhado para os demais pontos de atenção da rede.

“Temos muitas ações isoladas e não divulgadas. Só na Atenção Primária à Saúde, já são várias coisas. (...) Agentes Comunitários, Médicos, Enfermeiros, o NASF com todos esses profissionais, grupos de educação em saúde; sem contar a Atenção Especializada.” (P06)

“Não podemos esquecer que temos especialidades médicas, nutricionistas, fisioterapeutas. Na Atenção Especializada temos até um ambulatório para tratar distúrbios alimentares na infância. temos que aproveitar melhor essa estrutura.” (P10)

“O Programa Saúde na Escola, o Saúde da Criança, assim como o NASF, são essenciais para cuidarmos da obesidade.” (P02)

Durante as discussões, em diversos momentos, outros serviços que não estavam diretamente ligados à saúde como, escolas, centros de referência de assistência social, associações de moradores, dentre outros foram apontados como possibilidades enquanto agentes e espaços de prevenção da condição crônica sobrepeso/obesidade e de promoção da saúde, dando origem à segunda subcategoria.

Considerando que grande parte dos participantes do estudo desenvolvia suas atividades no âmbito da assistência, comumente eram relatadas experiências exitosas, quando outros serviços do município eram envolvidos nas atividades. Tais relatos acabavam por direcionarem as falas para um ponto comum, no qual fica evidente a necessidade de envolvimento de outras áreas para que as ações propostas sejam exitosas.

“Nossa experiência do PSE com as escolas do município foi muito boa. Conseguimos avaliar as crianças da rede de ensino e traçar um perfil do sobrepeso e da obesidade. Sozinhos não conseguiríamos.” (P11)

“Nosso grupo de alimentação e hábitos saudáveis tem crescido porque contamos com o apoio da Assistência Social. A gente consegue atingir mais pessoas.” (P04)

“A Secretaria de Esportes oferece várias atividades gratuitas para a população, seria interessante termos vínculo com esta secretaria.” (P18)

“As Associações de Moradores também contribuem muito. Nosso grupo de educação em saúde e a nossa horta terapêutica, são desenvolvidos com a ajuda da associação.” (P01)

No analisar das falas evidencia-se que o envolvimento de outras áreas que não só a saúde, bem como as representações do controle social, são agentes que podem potencializar a capilaridade das ações e otimizar a disponibilidade do acesso ao cuidado da condição de obesidade/sobrepeso nos territórios do município.

2. Categoria: Ferramentas disponíveis para o cuidado do sobrepeso e da obesidade no município

Ainda no que tange à análise das unidades de registro, dentre os participantes das oficinas houve uma sonoridade da necessidade de normatização do processo de cuidado à pessoa obesa ou sobrepeso, já que desconhecem a existência de ferramentas específicas para o cuidado dessa condição de saúde. Os profissionais expressam em suas falas que a estruturação e implementação de normas que tornem este cuidado legítimo perante a rede de saúde, viabiliza o aprimoramento e continuidade da assistência. Destacam-se nas falas a opinião que muitas ferramentas de tecnologia leve existentes não atendem as necessidades do município.

“Não me lembro de ferramentas específicas para o acompanhamento e tratamento da obesidade. Só lembro que no protocolo de acolhimento a obesidade aparece como fator de risco para outras doenças.” (P12)

“Já temos tantos protocolos enormes que são bons, mas não são utilizados porque não atendem nossa realidade. Consideram um cenário perfeito, mas sabemos que estamos longe disso.” (P07)

“Temos que pensar em um material que seja acessível para os profissionais, fácil de usar, prático. Alguma coisa que deixe claro o que fazer, como e quando encaminhar e que todos conheçam.” (P18)

Ao considerarmos o exposto pelos grupos, ainda fica perceptível a necessidade de otimização dos recursos disponíveis, bem como a capacitação dos profissionais para o uso dos mesmos.

“A obesidade é uma doença crônica, o município tem um protocolo que fala de hipertensão e diabetes, mas não trata de obesidade. Tem que melhorar o que tem.” (P11)

“Fazer ferramentas e não treinar os profissionais é tempo perdido. Quando as pessoas conhecem e sabem usar as ferramentas que são oferecidas, geralmente dá certo.” (P05)

Considerando os instrumentos já existentes e através da aproximação com os conceitos de tecnologias leves, os grupos definiram que a construção de fluxos de cuidado atenderia efetivamente a necessidade do contexto e facilmente estes poderiam ser inseridos nos protocolos existentes (Protocolo de Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Protocolo de Acolhimento à Demanda Espontânea na Atenção Primária), pois estes já estavam absorvidos na dinâmica de trabalho dos profissionais da rede.

Através dos depoimentos dos participantes, observou-se a necessidade de que os fluxos propostos considerem em suas estruturas os equipamentos de apoio disponíveis na rede de atenção à saúde, para que os processos de referência e contrarreferência se apresentem nitidamente.

“Esses fluxos têm que mostrar direitinho como identificar o usuário nessa condição (obesidade/sobrepeso) e como cuidar dele, como encaminhar.” (P09)

“Os profissionais têm que conhecer os serviços da rede e saber o que cada um faz, pra quando mandar um paciente, mandar direito.” (P01)

“Vivemos

essa situação de encaminhar usuários todos os dias, mas nem sempre sabemos o que acontece com eles depois disso. Essa falta de retorno às vezes faz a gente *desacreditar dos serviços.*” (P10)

Ainda durante as oficinas, ficou evidente a consonância dos participantes no que diz respeito à necessidade de capacitação dos profissionais da rede, para que estes pudessem se familiarizar com a ferramenta proposta e se envolvessem efetivamente com o cuidado ao sobrepeso e à obesidade.

“Não adianta

fazer alguma coisa e encaminhar com um ofício dizendo que tem que fazer daquele jeito. Tem que mostrar para a equipe *como e porque fazer.*” (P02)

“Quando se

permite a todos os profissionais que se capacitem e que tenham contato com uma nova ferramenta, fica mais difícil alguém dizer futuramente que não fez porque não sabia.” (P16)

“Treinar

todos os profissionais é importante. Não é treinar só médico, só *enfermeiro...* é treinar todos. Assim todo mundo se sente *envolvido.*” (P18)

“A

capacitação é o início de tudo. É o início do movimento de enfrentamento da obesidade e do sobrepeso.” (P11)

Considerando as manifestações dos participantes, percebe-se que estes compreendem a capacitação dos profissionais como uma ação primordial para o alcance de êxito no cuidado à obesidade/sobrepeso, já que tal iniciativa acaba por envolver os profissionais.

3. Categoria: Levantamento das propostas essenciais para o cuidado do sobrepeso e da obesidade no município

No decorrer das oficinas, os grupos de trabalho pontuaram a necessidade da execução de algumas ações essenciais para a estruturação do cuidado da obesidade/sobrepeso, além das descritas anteriormente. Considerando o quantitativo de participantes, muitas dessas ações coincidiam, porém outras não emergiram com a mesma frequência, mas mostraram-se de extrema importância para a estruturação de um plano de enfrentamento e quando apresentadas aos grupos obtiveram receptividade. Tais ações podem ser apreciadas através da leitura das seguintes falas:

“Quando fazemos o cadastro dos usuários a gente tem que perguntar se a pessoa está com o peso adequado ou se ela se sente acima do peso. Se a gente soubesse avaliar já dava de fazer alguma coisa.” (P01)

“O primeiro passo é sabermos onde estão essas pessoas. Sabemos onde estão os hipertensos, os diabéticos, os acamados... Mas os obesos quem sabe quantos são e onde estão?” (P16)

“Já sabemos quem são as crianças obesas que estão na rede de ensino, mas a gente tem que continuar avaliando elas. Quem sabe se criarmos um cronograma de avaliação? Isso pode ajudar.” (P06)

Nesse ponto do estudo, percebemos como necessidades para a efetivação do cuidado da situação apontada, a identificação das pessoas que vivenciam essa condição crônica e a instrumentalização dos profissionais para reconhecimento de tal agravo.

Ainda no que diz respeito ao levantamento de propostas essenciais para o enfrentamento da obesidade/sobrepeso, por vezes as ações de caráter preventivo foram citadas pelos participantes.

“Antes mesmo de a gente formalizar de que jeito vamos cuidar da obesidade, podemos começar a prevenir. Nos grupos de educação em saúde a gente já pode trabalhar alimentação saudável, colocar aos participantes os riscos que a obesidade pode causar.” (P04)

“Temos tantos meses importantes que trabalhamos com prevenção, como o Outubro Rosa, Agosto Dourado, Novembro Azul... Por que não podemos ter um mês pra trabalhar obesidade em todos os serviços do município.” (P18)

“Como toda a instituição de ensino que tem convênio com o município tem que dar uma contrapartida, além da capacitação de profissionais podemos envolver os estudantes com atividades de prevenção.” (P07)

Os participantes também enfatizaram que a participação de outros serviços externos à saúde é fundamental para o alcance de uma fatia significativa da população.

“Temos que discutir isso com a Fundação de Esporte, já existe o projeto Beira Mar em movimento, a saúde poderia estar presente avaliando e orientando quem participa, é bastante gente.” (P03)

“Já estamos próximos da educação, então se a gente sensibilizar os professores, professores de educação física, já resulte em alguma coisa. Pode ser que dê de avaliar todas as crianças da rede.” (P04)

Percebe-se que existe a compreensão dos profissionais no que diz respeito à necessidade do envolvimento dos diferentes níveis de

atenção à saúde e atores da sociedade para o enfrentamento dessa condição. Tal afirmativa se solidifica através das seguintes falas:

“Se a gente apresentar alguma coisa para as associações de moradores, com certeza também vão querer participar. Tipo... levar o pessoal do NASF, da unidade para avaliar quem participa dos grupos de idosos pode ser bom.” (P01)

“Temos que pensar nos obesos que fazem cirurgia bariátrica. Acompanhar eles antes e depois, ter uma proximidade com os hospitais que realizam essas cirurgias. Temos que ter esse contato.” (P07)

DISCUSSÃO

Os profissionais participantes do estudo expressaram em suas falas que para a estruturação e execução de um cuidado efetivo à pessoa obesa ou em condição de sobrepeso, existe a necessidade de alguns serviços, profissionais e equipamentos mínimos de apoio. Porém a identificação dos mesmos, bem como o delineamento destes em uma estrutura de rede, viabiliza o cuidado integral e os encaminhamentos precisos.

O aumento nos índices de doenças crônicas não transmissíveis na população requer dos serviços de saúde certa organização, para que a assistência seja qualificada, sendo preconizada a organização dos serviços em Redes de Atenção à Saúde (RAS) que são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2014). As RAS possuem enquanto objetivo melhorar a Atenção à saúde em três diferentes níveis: micro (indivíduos e família), meso (serviços de saúde e comunidade) e no nível macro (macropolíticas de saúde), já que o cuidado dispensado aos portadores de agravos crônicos implica em apoio continuado e cuidado planejado, prevendo as necessidades destes e ofertando uma atenção integrada com

ofertas de cuidados de saúde e empoderamento para o autocuidado (BRASIL, 2014b).

No entanto, a RAS de forma isolada pode não vir a apresentar êxito no tratamento da obesidade e do sobrepeso. Aponta-se a intersetorialidade como um arranjo possível para a otimização e capilarização do cuidado, já que o envolvimento de atores que extrapolam o território da saúde podem se apresentar de forma positiva neste contexto. Reflexões sobre os aspectos históricos das políticas de alimentação e nutrição contribuem para identificar quando a obesidade passa a ser reconhecida como questão relevante para as políticas públicas e quando a intersetorialidade passa a ser incorporada às políticas que tratam do tema (DIAS et al., 2017).

Outra inflexão se estabelece com as propostas de reorganização do SUS por meio das redes de atenção à saúde, o que fortalece a perspectiva de articulação intrasetorial e indica, ainda que de forma pontual, a relevância do princípio da intersetorialidade nas ações de promoção da saúde e de prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (BRASIL, 2014).

No contexto das RAS, a intersetorialidade é concebida como processo de articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns, visando à construção e à articulação de redes cooperativas e resolutivas (BRASIL, 2014).

No estudo, os participantes interpretam como positivas as ações intra e intersetoriais no cuidado à obesidade. Por tratar-se de um fenômeno multifatorial, os mesmos interpretam que diferentes abordagens de cuidado, podem ter mais resolutividade. Desta forma, a prevenção e o controle da obesidade devem prever a oferta de um escopo amplo de ações que apoiem os indivíduos na adoção de modos de vida saudáveis que permita a manutenção ou a recuperação do peso saudável. Por isso, torna-se necessária a articulação da RAS com uma rede muito mais complexa, composta por outros saberes, outros serviços e outras instituições, não apenas do setor Saúde, ou seja, a busca da interdisciplinaridade e da intersetorialidade, e essencialmente a busca de parcerias na comunidade e equipamentos sociais, implementando novas formas de agir, mesmo em pequenas dimensões (BRASIL, 2014a).

Destacam-se nas falas dos profissionais enquanto potenciais parceiros para o fortalecimento da rede de cuidado da obesidade os setores de educação, esporte, assistência social e os equipamentos de controle social (Conselhos Locais de Saúde, Associação de Moradores,

dentre outros). Já no que diz respeito à saúde é consensual a necessidade de serviços vinculados à Atenção Primária como as Unidades Básicas de Saúde (UBS), o Programa Saúde na Escola (PSE), o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF-AB) e a Coordenação de DCNT; naqueles estruturados no nível de Atenção Especializada ou Média Complexidade, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os serviços ambulatoriais referenciados como nutrição, fisioterapia, ambulatórios de especialidades médicas e Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e na Alta Complexidade as instituições hospitalares que oportunizam atendimento ao público em questão.

Um aspecto relevante trazido pelo estudo é a necessidade de adequação da RAS à realidade do município e a implementação de ferramentas de tecnologia leve para a normatização do cuidado nos diversos pontos da rede. As tecnologias leves são a base para o início e fortalecimento das relações entre profissionais e pessoas que buscam os serviços de saúde principalmente na atenção primária, fazem parte da rotina de atendimento nos serviços de saúde e conseqüentemente refletem no tratamento. O uso dessas ferramentas contribui para a produção do cuidado humanizado em todos os níveis de atenção (GROSKOPF; MARQUETTI, 2017).

Após o contato com os conceitos relacionados às possibilidades de tecnologias leves, consensualmente os profissionais optaram por estruturar fluxogramas de acolhimento, acompanhamento e tratamento de portadores de obesidade/sobrepeso e inserir estes nos protocolos existentes na rede. Os fluxogramas são definidos como as representações gráficas do processo de trabalho que ajudam a analisar o caminho percorrido pelo paciente na busca pela assistência à saúde e têm sido utilizados em estudos como ferramentas importantes para a análise dos fluxos assistenciais e dos processos de trabalho (modo de organização e implementação das diversas práticas profissionais e o modo como se interseccionam) no âmbito dos serviços de saúde (SOUSA et al., 2014).

Sabe-se que nenhuma ferramenta pode se mostrar efetiva caso seja utilizada de forma incorreta. Doravante nas discussões dos participantes do estudo, a capacitação dos profissionais da RAS no que diz respeito ao cuidado da obesidade/sobrepeso e a utilização de ferramentas normatizadoras da assistência, traduz-se como uma ação fundamental para sensibilização dos profissionais e o cuidado. Entende-se que a Educação Permanente em Saúde é compreendida como um meio para a reorganização das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde, em especial

a APS, mediante ações intersetoriais e mudanças no ensino da saúde, constituindo, assim, um quadrilátero formado por diferentes atores do processo de trabalho: atenção, ensino, gestão e controle social (OLIVEIRA et al., 2016). A formação e a qualificação dos profissionais estão associadas à busca pela garantia da universalidade e integralidade do SUS, por compreender um território adstrito a partir do enfoque familiar e comunitário, e considerar o espaço de construção coletiva, onde os diversos sujeitos estão envolvidos nos cuidados em saúde (D'AVILA et al., 2014).

As discussões levantadas durante o estudo mostraram que os participantes reconheciam a necessidade de estruturação do cuidado da obesidade/sobrepeso no município, sendo que a construção de propostas que atendessem a realidade dos territórios e a configuração da RAS traduziam-se em alicerce para tal processo, pois esta tem a capacidade de definir as responsabilidades dos pontos de atenção, destaca a necessidade de compartilhamento de informações e o vínculo entre os serviços, com ênfase no fortalecimento da APS (CHUEIRI et al., 2014).

Ao analisarmos as falas dos profissionais contemplados pelo estudo, percebe-se uma sonoridade no que diz respeito à estruturação de propostas que favoreçam a prevenção, acolhimento, tratamento, acompanhamento e encaminhamento dos portadores de obesidade/sobrepeso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A organização e estruturação do cuidado voltado para as condições crônicas de saúde traduzem-se em uma iniciativa fundamental para a oferta de uma assistência qualificada e efetiva. O cuidado dessas condições exige da RAS e de seus profissionais a inovação frequente dos modos de cuidar, implicando na construção de ferramentas que venham atender as necessidades de saúde da população, levando em consideração suas características epidemiológicas.

A APS por ser um componente essencial da RAS, deve ser protagonista no que diz respeito à criação de novas tecnologias de cuidado, pois conta com uma configuração profissional multidisciplinar que favorece a integralidade e singularidade da assistência. Esse nível de atenção ainda favorece a criação de vínculo entre a pessoa portadora do agravo crônico e os pontos de atenção da rede.

Nessa perspectiva percebe-se que os profissionais de saúde compreendem o impacto do fenômeno obesidade/sobrepeso sobre os serviços de saúde e sobre a qualidade de vida de seus portadores, por

tratar-se de uma doença crônica e de um fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças. Por tratar-se de uma condição multifatorial até então não reconhecida como doença por grande parte da população, evidencia-se a necessidade de um cuidado intersetorial através do envolvimento de outras áreas que vão além da saúde. Além disso, torna-se evidente que a sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde, com o intuito de favorecer a identificação e acolhimento dos portadores do agravo é uma prioridade.

Ainda percebe-se que a criação de ferramentas de tecnologia leve (fluxos assistenciais) favorece o cuidado da obesidade/sobrepeso, pois favorecem a normatização da assistência no âmbito dos territórios e estas empoderam e qualificam os profissionais para o manejo do agravo.

Cabe ressaltar que algumas condições aparecem como fragilidades para o desenvolvimento do estudo. Dentre elas a ausência de artigos que contemplem o tratamento da obesidade em uma perspectiva intersetorial, pois na maioria das vezes os estudos estão limitados às categorias profissionais vinculadas à saúde.

Fica evidente a necessidade da abordagem da obesidade enquanto condição crônica nas grades curriculares dos cursos da saúde, favorecendo assim a proximidade com a temática e a construção de novos saberes para o cuidado.

Considera-se que tal estudo fomenta a reflexão dos profissionais quanto às possibilidades de estruturação do cuidado no âmbito da RAS e como a construção coletiva favorece a adesão e responsabilização dos envolvidos no que diz respeito à efetividade e qualidade da assistência. Concomitantemente, favorece àqueles que têm contato com o estudo, a contemplação das infinitas possibilidades de construção e implementação de ferramentas de cuidado nas redes de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. 5. ed. São Paulo: Edições 70, 2011. 281 p. Edição revista e atualizada.

BRASIL. Aline SchillingCopstein. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 212 p. (Cadernos de Atenção Básica). N. 38.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS: resultados do Laboratório de Inovação no manejo da obesidade nas Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p. (Série Técn). V.10.

CHUEIRI, Patrícia Sampaio et al. **Pessoas com doenças crônicas, as redes de atenção e a Atenção Primária à Saúde**. Saúde Para Debate, Rio de Janeiro, n. 52, p.114-124, out. 2014.

D'ÁVILA, Luciana Souza et al. **Adesão ao Programa de Educação Permanente para médicos de família de um Estado da Região Sudeste do Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, [s.l.], v. 19, n. 2, p.401-416, fev. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.01162013>.

DIAS, Patrícia Camacho et al. **Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro**. Cadernos de Saúde Pública, [s.l.], v. 33, n. 7, p.01-12, 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00006016>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017000705001&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 jan. 2019.

GROSKOPF, Franceli; MARQUETTI, Marina. **O uso das tecnologias leves para o cuidado em saúde mental**. Saúde e Meio Ambiente: revista interdisciplinar, [s.l.], v. 6, n.

NICOLAU, Ian Rigon; SANTO, Fátima Helena Espírito; CHIBANTE, Carla Lube. **Tratamiento multidisciplinario para los adultos obesos grado III: una revisión integrativa**. Revista Cubana de Enfermería, [s. L.], v. 33, n. 2, p.1-17, jun. 2017.

OLIVEIRA, Mariana Policena Rosa de et al. **Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores Associados à Qualidade da Atenção Primária.** Revista Brasileira de Educação Médica, [s.l.], v. 40, n. 4, p.547-559, dez. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e02492014>.

PEREIRA, Renata Cristina Arthou; RIVERA, Francisco Javier Uribe; ARTMANN, Elizabeth. **O trabalho multiprofissional na estratégia de saúde da família: estudo sobre modalidades de equipes.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, [s.l.], v. 17, n. 45, p.327-340, 14 jun. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832013005000006>.

SANTOS, Rafael Rocha dos et al. **A influência do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde.** Rev. Bras. Pesq. Saúde, Vitória, v. 1, n. 18, p.130-139, mar. 2016. Trimestral.

SOUSA, Fabiana de Oliveira Silva et al. **Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais.** Ciência & Saúde Coletiva, [s.l.], v. 19, n. 4, p.1283-1293, abr. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014194.01702013>.

TRAD, Leny A. Bomfim. **Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, [s.l.], v. 19, n. 3, p.777-796, 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312009000300013>.

World Health Organization (WHO). **Global status report on communicable diseases 2014.** Geneva, 2014. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf;jsessionid=B8F1995C941>. Acesso em: 13 nov. 2018.

5.3 PRODUTO DE INOVAÇÃO TECNOLÓGICA DE GESTÃO DO CUIDADO

Compreende-se a tecnologia como um conjunto de saberes oriundos das técnicas utilizadas para os seres humanos para a ampliação e melhora da sua sobrevivência. A tecnologia é caracterizada como a técnica com base científica, que se apresenta através de uma gama diversificada de produtos, bens ou serviços e processos desenvolvidos e disponibilizados no contexto social com o objetivo de atender as necessidades do homem (SORATTO, et al., 2015).

Já a definição de inovação em saúde se refere à introdução e aplicação intencional de ideias, processos, produtos ou procedimentos que concomitantemente sejam relevantes para os serviços que as adota e que tragam benefícios ao indivíduo, ao grupo ou à sociedade em geral. O processo de inovação se faz através do aprendizado e da introdução de novas práticas, produtos, desenhos e processos. Por vezes, o processo inovador pode ser resumido à introdução de novas tecnologias no contexto organizacional, mas com frequência esse processo é o objeto de uma dinâmica interativa, conforme envolve diferentes atores (COSTA, 2016).

A incorporação de tecnologias atuais demanda em novas necessidades, que por vezes aumentam a intensidade do trabalho, se fazendo necessária a abordagem multidisciplinar do conhecimento através da participação de trabalhadores com especialidades diversas e complementares. O processo de inovação é complexo, não linear, incerto e requer interação entre os profissionais, instituições e gestores. A inovação tecnológica, quando utilizada em prol da saúde contribui, de forma direta com a qualidade, eficácia, efetividade e segurança do cuidado, quando utilizada de maneira adequada (SALVADOR, 2012).

A fim de atender o disposto pelo Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, o desenvolvimento do estudo viabilizou a produção de dois produtos de inovação tecnológica de gestão do cuidado. O primeiro uma Matriz de Intervenções construída por Agentes Comunitários de Saúde através da realização de oficinas de sensibilização, nas quais foram trabalhados os conceitos de obesidade e elencadas estratégias para o enfrentamento da obesidade e do sobrepeso no município (FIGURAS 5, 6, 7 e 8). Já o segundo produto consistiu na construção de fluxogramas de acolhimento e acompanhamento do sobrepeso e da obesidade, por profissionais que compõem a equipe multiprofissional de saúde da rede municipal, por

meio da identificação dos serviços disponíveis na RAS para o cuidado das condições abordadas; do reconhecimento e estruturação de ferramentas para o cuidado do sobrepeso e da obesidade e levantamento de propostas essenciais para o cuidado das doenças crônicas abordadas (FIGURAS 9, 10, 11, 12 e 13).

5.3.1 Matrizes de Intervenção para o Enfrentamento da Obesidade e do Sobrepeso em São José

Figura 5– Matriz de Intervenção J

| MATRIZ DE INTERVENÇÃO PARA O ENFRENTAMENTO DO SOBREPESO E DA OBESIDADE | |
|--|---|
| SITUAÇÃO PROBLEMA: | <p>1. Aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes em São José.</p> |
| OBJETIVO/META: | <p>- Capacitar a rede de ACS de São José para identificação dos agravos de obesidade e sobrepeso.</p> |
| JUSTIFICATIVAS: | <p>Atender às metas (RAC, TAC, OAC, OAC) de redução da prevalência de sobrepeso e obesidade em São José.</p> <p>- Formar ACS multiplicadoras para a identificação do sobrepeso e obesidade.</p> |
| RECURSOS NECESSÁRIOS: | <p>Formação em diagnóstico de sobrepeso e obesidade</p> <p>Capacitação</p> <p>Atividade</p> <p>Material de apoio</p> <p>Atuação</p> <p>Participação da comunidade</p> |
| RESULTADOS ESPERADOS: | <p>Realização de ações educativas e de capacitação para a rede de ACS, com foco na identificação de sobrepeso e obesidade em São José.</p> |
| RESPONSÁVEL: | <p>ACS (responsável) Secretaria Municipal de Saúde</p> |
| PRAZO: | <p>Até 2020</p> |

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Figura 6 Matriz de Intervenção 2

| MATRIZ DE INTERVENÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DO TURISMO E DA CIDADANIA | |
|---|--|
| SITUAÇÃO PROBLEMA: | - Falta de documentos que nomeiam o outeiro e parcelas adjacentes no município |
| OBJETIVO GERAL: | - Realizar o cadastramento dos imóveis rurais de forma adequada para os interessados |
| JUSTIFICATIVA: | - Selecionar os locais para participação do processo de construção - Definir o tipo de terreno a ser desenvolvido - Localizar informações sobre a construção de documentos do Ministério do Saneamento e Habitação, Ministério do Meio Ambiente, Ministério do Planejamento e Desenvolvimento Econômico, Ministério da Integração Nacional e Ministério do Turismo - Levantar recursos necessários conforme definição do procedimento |
| RECURSOS NECESSÁRIOS (1): | - Local para realização de encontro - Comissão com acesso à Internet - Profissionais para condução do processo - Tribuna popular |
| RESPONSÁVEL: | - Representante do DAF - Coordenação do NAST - Comissão de Regulação e Monitoramento - Núcleo de Regulação e Planejamento |
| PRazos: | - 30 dias |
| PROCESSO DE AVALIAÇÃO: | - Definir parâmetros para o corte de metas e acompanhar o desenvolvimento e o corte de metas |
| (1) Os recursos necessários são fornecidos pelo município, com a possibilidade de solicitação de recursos adicionais ao município | |

Figura 7 Matriz de Intervenção 3

| MATRIZ DE INTERVENÇÃO PARA O DIFERENCIAMENTO DO SOBREPESO E DA OBESIDADE II | |
|---|---|
| SITUAÇÃO PROBLEMA: | - ACO não realiza o acompanhamento dos pacientes obesos de sobrepeso no território |
| JUSTIFICATIVA: | - Não existe acompanhamento de saúde pública em nível de atenção básica |
| ESTRATÉGIA: | - Aplicar o método do ABC (Análise de Motivos, Condições e Consequências) em visitas domiciliares, em nível de Atenção Básica, visando a identificação de condições de risco para o desenvolvimento de patologias relacionadas ao sobrepeso e à obesidade, favorecendo a adoção de medidas preventivas e de controle de peso em nível de atenção básica no território em questão. |
| RECURSOS NECESSÁRIOS: | - 02 ACS - Computador com acesso à internet - Projetor - Impressora - Software pessoal |
| RESULTADOS ESPERADOS: | - Realizar diagnóstico situacional sobre a condição de sobrepeso e obesidade no território - Melhorar o acompanhamento para prevenção - Realizar a intervenção de saúde pública visando a identificação de condições de risco para o desenvolvimento de patologias relacionadas ao sobrepeso e à obesidade no território |
| RESPONSÁVEL: | - Profissionais do NAC - Representantes do DAF /2019 |
| PRazo: | - 150 dias |
| PROCESSO DE AVALIAÇÃO: | - Monitoramento dos relatórios de acompanhamento do e-ACU - Acompanhamento do nº de obesos cadastrados e acompanhados no território no e-ACU |

Figura 8 – Matriz de Intervenção 4

| MATRIZ DE INTERVENÇÃO PARA O ENFRENTAMENTO DO SOBREPESO E DA OBESIDADE II | |
|---|--|
| SITUAÇÃO PROBLEMA | - Falta de rede de apoio de encaminhamento e de alimentação adequada UIC |
| JUSTIFICATIVA | - Criar um grupo de prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade nos membros dos UIC |
| JUSTIFICATIVA | Identificar espaços para a realização do grupo Definir o momento ideal do grupo para o desenvolvimento do grupo Definir o local adequado para o desenvolvimento do grupo Definir o papel do SFZ na condução do grupo Definir a avaliação do processo desenvolvido com o grupo e a implementação do mesmo |
| RECURSOS NECESSÁRIOS | - Local para capacitação - Apoio do SFZ - Capacidade para desenvolver o grupo - Apoio do papel - Apoio do SFZ |
| RESULTADOS ESPERADOS | - Realizar a implementação do grupo em todos os municípios do sistema UIC - Realizar a avaliação do grupo em todos os municípios do sistema |
| RESPONSÁVELS | - Apoio administrativo - Coordenadores de UIC - UIC - Equipe do SFZ - Equipe do SFZ |
| PRAZO | - 100 dias |
| PROCESSO DE AVALIAÇÃO | - Avaliação do número de atividades em grupo realizadas pelo SFZ (previsto 400) - Monitoramento do número de grupos realizados em todos os UIC do sistema UIC (previsto 400) |

5.3.2 Fluxogramas de Acolhimento e Acompanhamento do Sobrepeso e à Obesidade

Figura 9 Fluxograma de Acolhimento ao Sobrepeso e à Obesidade

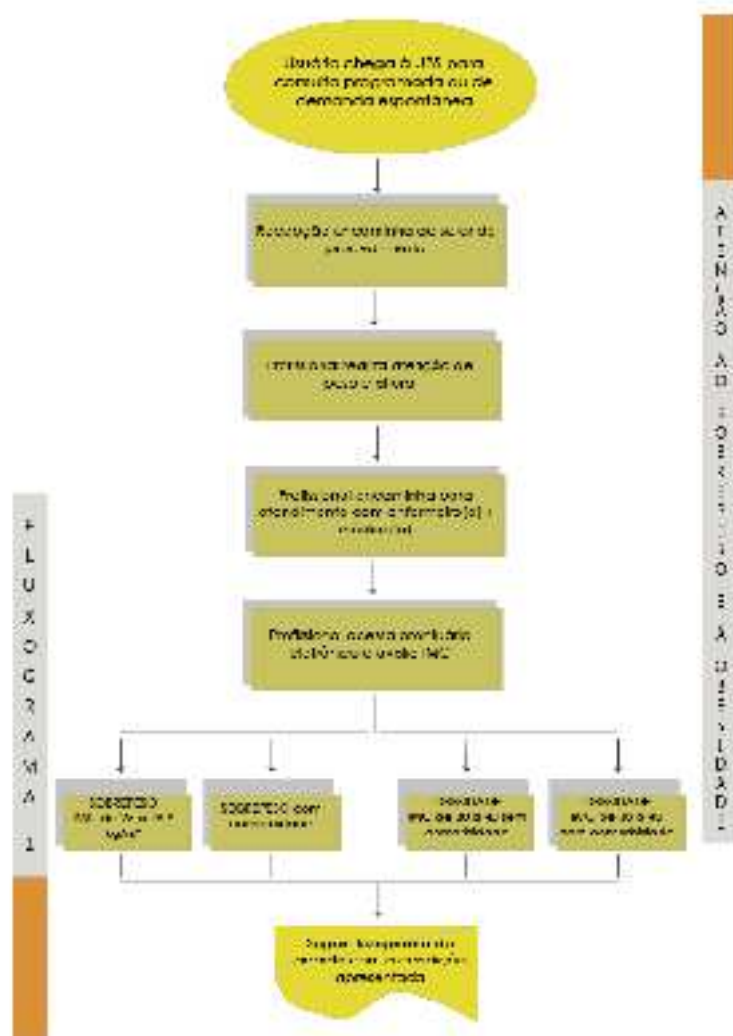
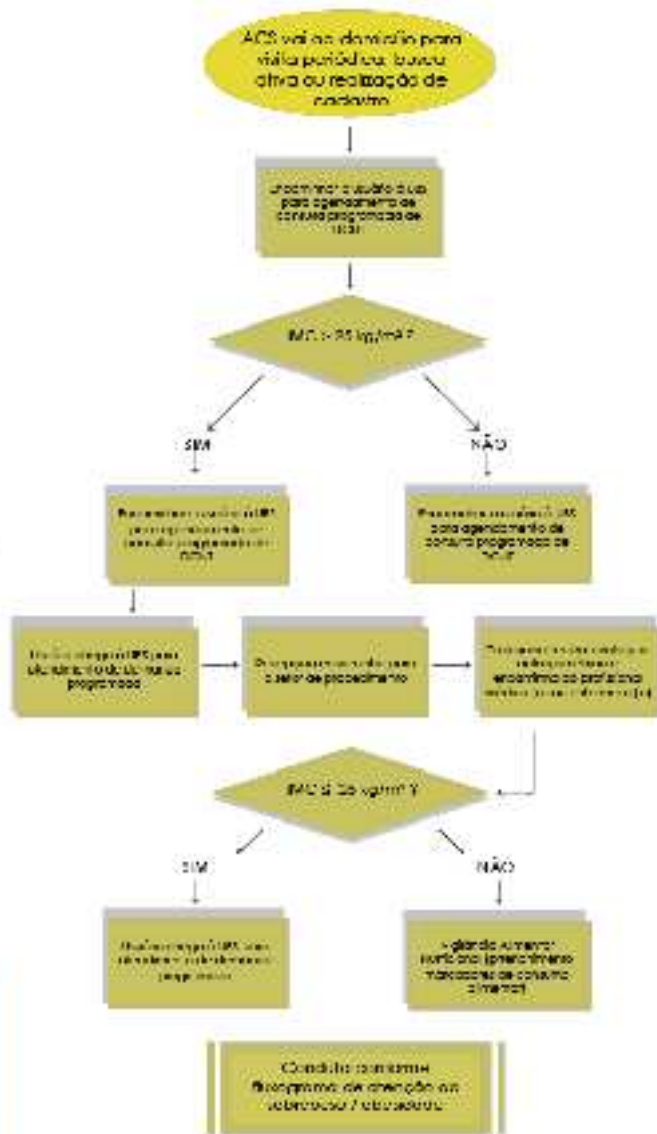
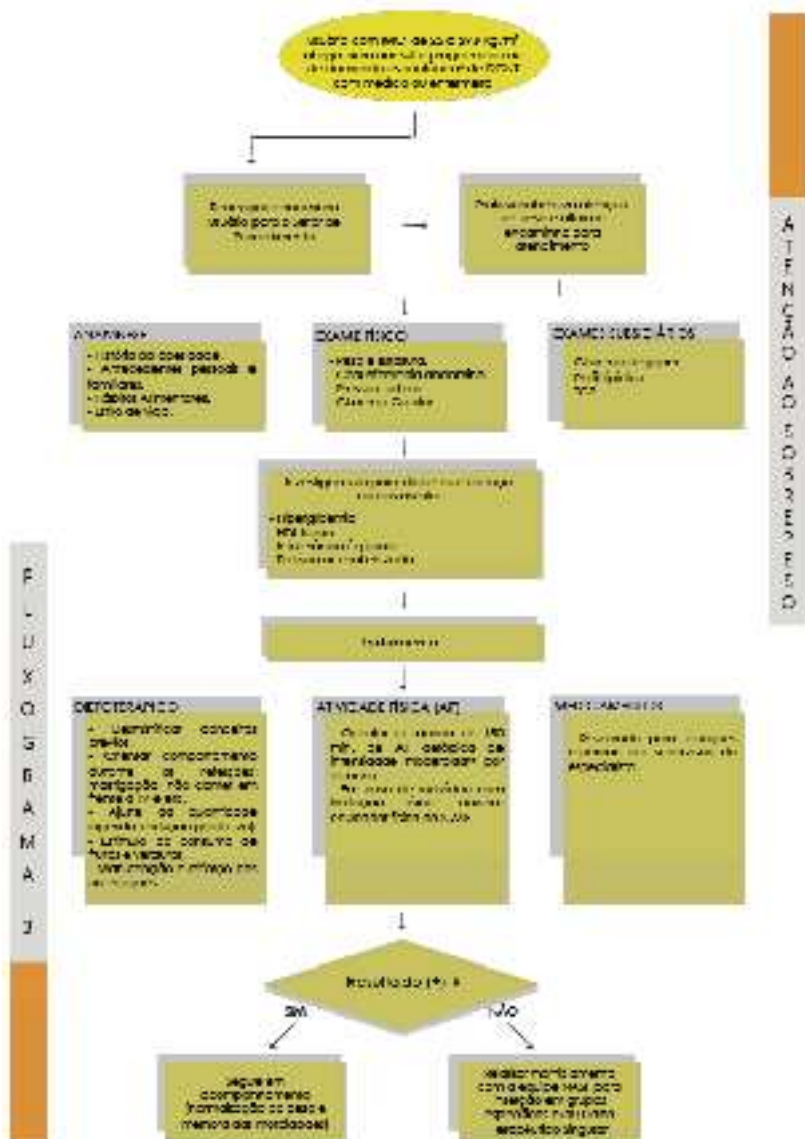


Figura 10 – Fluxograma de Identificação do Sobrepeso/Obesidade em ACS



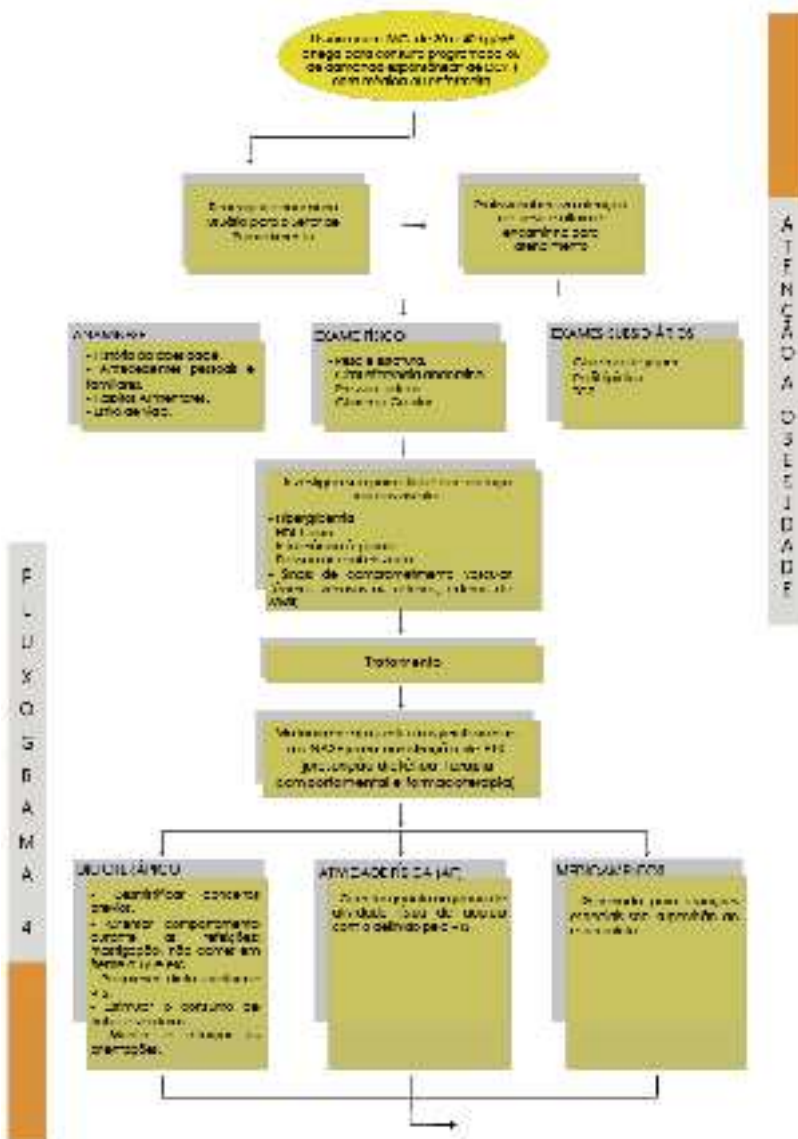
Fonte: Dados de Pesquisa, 2019.

Figura 11 – Fluxograma de Atenção Sobrepeso (IMC de 25 a 29,9)



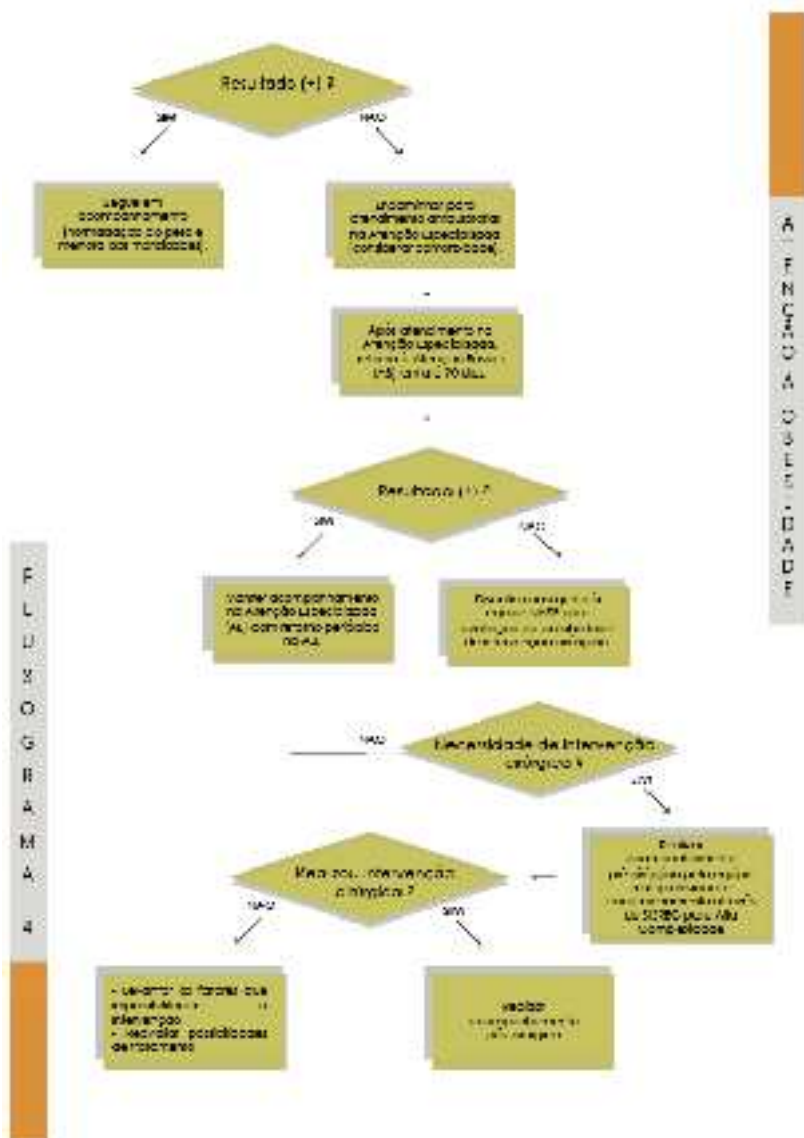
Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Figura 12 Fluxograma de Atenção à Obesidade (IMC ≥ 30)



Fonte: Dados de Pesquisa, 2019.

Figura 13 Fluxograma de Atenção à Obesidade (IMC ≥ 30)
 Continuação



Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. **Manual de diretrizes para o enfrentamento da obesidade na saúde suplementar brasileira**. Rio de Janeiro: Ans, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. **Prevenção e Controle da Obesidade na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 212 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 38).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Organização Regional da Linha de Cuidado do sobrepeso e da obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas: Manual Instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

SÃO JOSÉ. Prefeitura de São José. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco: Organizando as demandas Espontâneas e Programadas na Saúde de em São José**. São José: Diretoria de Atenção Primária, 2016.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As DCNT têm se apresentado como um grande desafio para os serviços de saúde. Por terem composição multifatorial e relação íntima com os determinantes biológicos e socioculturais, demandam em organização e adoção de ferramentas inovadoras por parte dos diferentes níveis de atenção à saúde para a oferta de assistência adequada. Os agravos crônicos não transmissíveis além de apresentarem altos índices de mortalidade, são condições potenciais para o desenvolvimento de morbidades, implicando em aumento significativo dos investimentos no âmbito da saúde e na sociedade em geral.

Dentre as DCNT, ao considerarmos as mudanças comportamentais vivenciadas pela sociedade, a obesidade traduz-se em uma condição preocupante por tratar-se de uma doença e um fator de risco para o desenvolvimento de outros agravos em saúde. Devido sua multifatorialidade envolve aspectos biológicos e socioculturais; a Atenção Primária à Saúde traduz-se em um espaço privilegiado para a identificação, acolhimento, acompanhamento e tratamento de DCNT.

O cuidado à obesidade demanda em instrumentalização dos profissionais de saúde e investimento em estratégias de ação para a oferta de uma assistência integral e humanizada, configurando-se como um desafio para os gestores, equipes e sistema de saúde. Nessa perspectiva a utilização de tecnologias leve-duras se apresenta como uma alternativa eficaz e factível para a normatização do cuidado e organização dos serviços.

No contexto das tecnologias leve-duras, os protocolos de cuidado compostos por fluxogramas, favorecem a implementação do cuidado nos serviços de saúde e a tomada de decisões adequadas por parte dos profissionais que atuam no nível assistencial.

Tais observações se confirmam no decorrer do estudo através da sonoridade das falas dos participantes, os quais reconhecem a necessidade de realização de diagnóstico situacional relacionado às condições de sobrepeso e obesidade, a carência de capacitações voltadas à temática, a normatização de processos que embasem o cuidado e o envolvimento das diferentes áreas do saber e setores da sociedade para a prevenção do agravo e a integralidade do cuidado.

Nesse cenário a construção coletiva de uma Matriz de Intervenção para o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade e de fluxogramas de acolhimento e acompanhamento das pessoas com

sobrepeso ou obesidade para o município, configuraram-se como alternativas relevantes para a melhoria da assistência prestada na rede, por instrumentalizarem os profissionais, bem como sensibilizarem os gestores para a necessidade de construção e adequação de processos.

Levando em consideração o método e os instrumentos empregados para a estruturação das ferramentas propostas, estes agregaram valor à trajetória e viabilizaram a materialização das mesmas, já que se mostraram flexíveis no que diz respeito à necessidade de adequação durante a trajetória e vislumbraram a realidade do contexto do estudo.

No que diz respeito às limitações do estudo, evidencia-se as propostas voltadas para a atenção a crianças em condição de sobrepeso ou obesidade, uma vez que o termo “doenças crônicas não transmissíveis” e o nível de atenção à saúde abordado (APS) acabam por interferir na busca por estudos que contemplem essa população, já que comumente o agravo crônico na população infantil acaba por ser abordado em serviços que extrapolam os domínios da Atenção Primária. Ainda considerando esse aspecto, estudos referentes à construção de fluxogramas mostraram-se mais frequentes em áreas de atuação que não a saúde, já que se caracterizam como ferramentas comumente utilizadas em organizações corporativas e no desenvolvimento de softwares.

Ao considerar os fluxogramas, apresentou-se como fragilidade a ausência de interlocução entre a APS e demais pontos da rede de atenção à saúde. Porém, é prevista a ampliação da discussão e o levantamento de propostas junto aos representantes dos diferentes serviços que compõem a rede, com o intuito de estruturar a Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade no âmbito do município.

Cabe ressaltar que o processo de construção dos produtos de inovação tecnológica em questão, disparou um movimento de sensibilização de diferentes atores, viabilizando o diálogo entre saúde e educação e gerando ações e produtos que extrapolaram as perspectivas do estudo, dentre esses se destaca o Relatório da Avaliação do Estado Nutricional dos Escolares do Município de São José (ANEXO II), que viabilizou o envolvimento do gestor municipal na definição de ações, dentre elas, a adequação da alimentação disponibilizada na rede municipal de ensino para a prevenção do sobrepeso e da obesidade.

Os resultados do estudo mostraram-se relevantes, já que permitiram aos profissionais o reconhecimento de que são personagens essenciais para a qualificação do cuidado enquanto detentores de saber científico e conhecedores da realidade dos territórios. Sendo assim

evidencia-se que a construção coletiva de ferramentas para o cuidado potencializa a factibilidade das mesmas e viabiliza a adesão por parte das equipes de saúde, que compartilha o sentimento de responsabilidade quanto à implementação, execução e adequação dos instrumentos construídos.

REFERÊNCIAS

ABREU, Tatiana Fernandes Kerches de; AMENDOLA, Fernanda; TROVO, Monica Martins. Relational technologies as instruments of care in the Family Health Strategy. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 70, n. 5, p.981-987, out. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0337>.

ALMEIDA, Luana Mirelle de et al. Luana Mirelle de Almeida. **Rev. Gestão & Saúde**, Brasília, v. 8, n. 1, p.114-139, jan. 2017.

ARRUDA, Cecilia et al. Health care networks under the light of the complexity theory. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [s.l.], v. 19, n. 1, p.169-173, 2015. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150023>.

BACKES, Dirce Stein et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 4, p.438-442, 2011.

BAHIA, Luciana et al. The costs of overweight and obesity-related diseases in the Brazilian public health system: cross-sectional study. **Bmc Public Health**, [s.l.], v. 12, n. 1, p.1-7, 18 jun. 2012. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-12-440>.

BARCELOS, Sissi Miranda; SOUSA, Luyd Gustavo Viera; Araújo, Thaissa Abrahão. A saúde em relação aos direitos humanos e à Constituição Federal de 1988: as deficiências do sistema público de saúde. **Iuris In Mente: Direitos fundamentais e políticas públicas**, Itumbiara, n. 1, p.19-31, jul. 2016.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. 5. ed. São Paulo: Edições 70, 2011. 281 p. Edição revista e atualizada.

BASTOS, Thaisnara Priscila Franco; SOUZA, Josiane Vieira de; OLIVEIRA, Maria de Fátima Alves de. Análise do Perfil Alimentar e do índice de sedentarismo e sobrepeso em estudantes universitários dos Cursos de Saúde. **Revista PrÁxis**, [s. L.], n. 12, p.85-92, dez. 2014.

BATISTA, Mariangela da Silva Alves et al. Ações do Programa Saúde na Escola e da alimentação escolar na prevenção do excesso de peso infantil: experiência no município de Itapevi, São Paulo, Brasil, 2014*. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s.l.], v. 26, n. 3, p.569-578, jul. 2017. Instituto Evandro Chagas. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000300014>.

BECK, Carmem Lúcia Colome; MINUZI, Daniele. O Acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica. **Saúde**, Santa Maria, v. 34, n. 1, p.37-43, 2008.

BORNSTEIN, Vera Joana; LOPES, Márcia Raposo; DAVID, Helena Maria S. Leal. Educação popular na formação do Agente Comunitário de Saúde. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (Ed.). **II Caderno de Educação Popular em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 152-157. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2_caderno_educacao_popular_saude.pdf. Acesso em: 10 dez. 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. **Manual de diretrizes para o enfrentamento da obesidade na saúde suplementar brasileira**. Rio de Janeiro: Ans, 2017. Recurso eletrônico.

BRASIL. Aline SchillingCopstein. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 212 p. (Cadernos d). N. 38.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 52 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e Outras Estratégias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf. Acesso em: 12 set. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. . **Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS**: resultados do Laboratório de Inovação no manejo da obesidade nas Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p. (Série Técn). V.10.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. **Prevenção e Controle da Obesidade na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**: queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 290 p. (Cadernos de Atenção Básica). N. 28 volume II.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, 2013. 28 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: obesidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 212 p. (Cadernos d).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Marco de Referência da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Organização Regional da Linha de Cuidado do sobrepeso e da obesidade na Rede de Atenção à Saúde das**: Manual Instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2016**: Estimativas sobre Frequência e Distribuição Sociodemográfica de Fatores de Risco e Proteção para Doe. Brasília: MS, 2017. 160 p. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para as Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Portaria Nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017**. Brasília, DF, 21 set. 2017.

BRASIL. Portaria nº 2.446, de 21 de novembro de 2009. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). **Portaria Nº 2.446, de 11 de Novembro de 2014**. Brasília, DF, 21 nov. 2009. Disponível em: <http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html>. Acesso em: 30 nov. 2018.

BRASIL. Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). **Portaria Nº 2.761, de 19 de Novembro de 2013**. Brasília, DF, 19 nov. 2013. Disponível em: <http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html>. Acesso em: 19 nov. 2013.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Resolução Nº 466, de 12 de Dezembro de 2012**. Brasília, DF, 12 dez. 2012. Disponível em: <http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 15 out. 2018.

BUSANELLO, Josefineet al. Assistência de enfermagem a portadores de feridas: tecnologias de cuidado desenvolvidas na atenção primária. **Revista de Enfermagem da Ufsm**, [s.l.], v. 3, n. 1, p.175-184, 8 jul. 2013. Universidad Federal de Santa Maria. <http://dx.doi.org/10.5902/217976928532>. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8532/pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2019.

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, [s.l.], v. 27, n. 78, p.7-26, 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-40142013000200002>.

CASTRO, Abílio José Ribeiro de; SHIMAZAKI, Maria Emi. **Protocolos clínicos para unidades básicas de saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública, 2006. 240 p.

CHUEIRI, Patrícia Sampaio et al. Pessoas com doenças crônicas, as redes de atenção e a Atenção Primária à Saúde. **Saúde Para Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p.114-124, out. 2014.

COSTA, Laís Silveira. Inovação nos serviços de saúde: apontamentos sobre os limites do conhecimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p.1-12, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32s2/pt_1678-4464-csp-32-s2-e00151915.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2018.

COUTINHO, Larissa Rachel Palhares; BARBIERI, Ana Rita; SANTOS, Mara Lisiane de Moraes dos. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 39, n. 105, p.514-524, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151050002018>.

COUTINHO, Larissa Rachel Palhares; BARBIERI, Ana Rita; SANTOS, Mara Lisiane de Moraes dos. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 39, n. 105, p.514-524, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151050002018>.

CUBAS, Márcia Regina. Editorial. **Fisioterapia em Movimento**, [s.l.], v. 25, n. 3, p.469-470, set. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-51502012000300001>.

CYRINO, Renata Souza et al. Atividades lúdicas como estratégia de educação em saúde com idosos. **Ciência em Extensão**, Goiânia, v. 12, n. 3, p.154-163, 2016. Disponível em: <http://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/viewFile/1324/1260>. Acesso em: 05 jan. 2019.

D'ÁVILA, Luciana Souza et al. Adesão ao Programa de Educação Permanente para médicos de família de um Estado da Região Sudeste. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 19, n. 2, p.401-416, fev. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.01162013>.

DIAS, Patrícia Camacho et al. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 33, n. 7, p.01-12, 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00006016>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017000705001&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 jan. 2019.

DROHOMERETSKI, Everton et al. Fatores críticos para o sucesso do seis sigma: um levantamento do impacto do tempo de empresa e do treinamento na indústria alimentícia. **Revista Produção Online**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p.475-498, jun. 2016. Disponível em: <.>. Acesso em: 05 ago. 2018.

FALKENBERG, Mirian Benites et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 19, n. 3, p.847-852, mar. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>.

FERREIRA, Carlos Augusto Lima. Pesquisa quantitativa e qualitativa: perspectivas para o campo da educação. **Revista Mosaico**, [s. L.], v. 8, n. 2, p.173-182, jul. 2015.

FERRI, Sonia Mara Neves et al. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 11, n. 23, p.515-529, dez. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832007000300009>.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de pesquisa social**. 6. ed.[s. L.]: Atlas SA, 2008.

GODOY, Arilda Schmidt. Pesquisa Qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, p.20-29, jun. 1995.

GROSKOPF, Franceli; MARQUETTI, Marina. O uso das tecnologias leves para o cuidado em saúde mental. **Saúde e Meio Ambiente**: revista

interdisciplinar, [s.l.], v. 6, n. 3, p.25-26, 20 dez. 2017. Universidade do Contestado - UnC. <http://dx.doi.org/10.24302/sma.v6i3.1666>.

GUERREIRO, EryjosityMarculinoet al. Educação em Saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puérperas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 67, n. 1, p.13-21, 2014. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140001>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672014000100013&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 14 dez. 2018.

LINHARES, Rogério da Silva et al. Distribuição de obesidade geral e abdominal em adultos de uma cidade no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p.438-448, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2012.v28n3/438-447>>. Acesso em: 22 out. 2018.

LOPES, Adriana Santos et al. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 104, n. 39, p.114-123, jan. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00114.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2018.

LORA, Patrícia; ROCHA, Daniel. Promoción de lainnovación social através de lautilización de metodologías participativas enlagedestión del conocimiento. **Equidad y Desarrollo**, [s.l.], n. 25, p.159-178, 10 jan. 2016.Universidad de la Salle. <http://dx.doi.org/10.19052/ed.3513>.

MACIAZEKI-GOMES, Rita de Cássia et al. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 5, p.1637-1646, maio 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.17112015>.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Doenças crônicas Não transmissíveis e o suporte das ações intersetoriais no seu enfrentamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 19, n. 11, p.4341-4350, nov. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.07712014>.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 6, p.1683-1694, jun. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015216.07572016>.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 6, p.1683-1694, jun. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015216.07572016>.

MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 14, n. 34, p.593-606, 17 set. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832010005000010>.

MALTA, Deborah Carvalho; SILVA JUNIOR, Jarbas Barbosa da. 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**, [s.l.], v. 22, n. 1, p.151-164, mar. 2013. Instituto Evandro Chagas. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742013000100016>.

MALTA, Deborah Carvalho; SILVA JUNIOR, Jarbas Barbosa da. Plano de Ações Estratégic

as para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil a. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s.l.], v. 23, n. 3, p.389-398, set. 2014. Instituto Evandro Chagas. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742014000300002>.

Disponível

em:

<http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100016>. Acesso em: 30 ago. 2017.

MARQUES, José Roberto. **Entenda o conceito do Seis Sigma**. 2018. Disponível em: <José Roberto Marques>. Acesso em: 19 abr. 2018.

MARTINS, Cleusa Rios; SASSO, Grace Teresinha Marcondal. Tecnologia: definições e reflexões para a prática em saúde e enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 1, n. 17, p.13-14, 2008. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/250052527_Tecnologia_Definicoes_e_reflexoes_para_a_pratica_em_saude_e_enfermagem>. Acesso em: 24 nov. 2018.

MÁRTIRES, Maria Alice Rodrigues; COSTA, Maria Arminda Mendes; SANTOS, Célia Samarina Vilaça. Obesidade em idosos com hipertensão arterial sistêmica. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 22, n. 3, p.797-803, set. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072013000300028>.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A Construção Social da Atenção Primária**. Brasília: Conass, 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

MINISTERIO DA SAÚDE. **Protocolos Clínicos: Serie A. Normas e Manuais Técnicos**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 610 p. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/133105>>. Acesso em: 05 dez. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. **Portaria Nº 2.761 de 19 de Novembro de 2013**: Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 19 nov. 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html>. Acesso em: 05 jan. 2019.

MORAES, Roque. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p.7-32, 1999. Disponível em:

<https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4125089/mod_resource/content/1/Roque-Moraes_Analise%20de%20conteudo-1999.pdf>. Acesso em: 28 set. 2018.

NASCIMENTO, Melissa Maria Romero et al. Parents' perception of health-related quality of life in children and adolescents with excess weight. **Jornal de Pediatria**, [s.l.], v. 92, n. 1, p.65-72, jan. 2016. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2015.04.006>.

NASCIMENTO, Vagner Ferreira do. Fluxograma de acesso e atendimento de enfermagem em unidade de saúde da família. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, [s. L.], v. 4, n. 1, p.1644-1649, 2013. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/314113446_Fluxograma_de_acesso_e_atendimento_de_enfermagem_em_unidade_de_saude_da_familia>. Acesso em: 15 out. 2018.

NICOLAU, Ian et al. Caderno de Atenção Básica sobre Obesidade. **Rev EnfermUfe On Line**, Recife, n. 8, p.4183-4185, nov. 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10160/10683>>. Acesso em: 24 dez. 2018.

NICOLAU, Ian Rigon; SANTO, Fátima Helena Espírito; CHIBANTE, Carla Lube. Tratamiento multidisciplinario para los adultos obesos grado III: una revisión integrativa. **Revista Cubana de Enfermería**, [s. L.], v. 33, n. 2, p.1-17, jun. 2017.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 66, n., p.158-164, set. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672013000700020>.

OLIVEIRA, Mariana Policena Rosa de et al. Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores Associados à Qualidade da Atenção Primária. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s.l.], v. 40, n. 4, p.547-559, dez. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e02492014>.

OPAS/OMS. **Plano de Ação para a prevenção e controle de doenças Crônicas**. Washington, 2013. 35 p. Disponível em: <<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/CD52-7-p.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2018.

PEREIRA, Marcelo Sant'anna. A utilização da Matriz Lógica em projetos sociais. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João Del-Rei, v. 10, n. 2, p.327-339, dez. 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082015000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 nov. 2018.

PEREIRA, Renata Cristina Arthou; RIVERA, Francisco Javier Uribe; ARTMANN, Elizabeth. O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes. **Comunicação Saúde Educação**, [s.l.], v. 17, n. 45, p.327-340, jun. 2013.

PEREIRA, Renata Cristina Arthou; RIVERA, Francisco Javier Uribe; ARTMANN, Elizabeth. O trabalho multiprofissional na estratégia saúde da família: estudo sobre modalidades de equipes. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 17, n. 45, p.327-340, 14 jun. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832013005000006>.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette P.. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POLIT, Denise; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 669 p.

PREFEITURA DE SÃO JOSÉ. **Contextualização da Rede de Atenção Primária à Saúde de São José**. São José: Secretaria Municipal de Saúde, 2017.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ. **A organização da Gerência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis**. São José: Diretoria de Atenção Primária, 2018.

REGO, Kleber N. de Araújo Sá. Representação gráfica de rotinas administrativas. **Revista de Administração de Empresas**, [s.l.], v. 12, n. 1, p.99-105, mar. 1972. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-75901972000100008>.

RIBEIRO, Gabriela; SANTOS, Osvaldo. Recompensa alimentar: mecanismos envolvidos e implicações para a obesidade. **Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo**, [s.l.], v. 8, n. 2, p.82-88, jul. 2013. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpedm.2013.09.001>.

RIBEIRO, Janaina Rodrigues; FERNANDES, Barbara Coutinho; ALMEIDA, Dagoberto Alves de. A questão da agregação de valor no mapeamento de processo e no mapeamento de falhas. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 30., 2010, São Carlos. **Proceedings**. São Carlos: Abepro, 2010. p. 1 - 12.

ROCHA, Patrícia Kuerten et al. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 61, n. 1, p.113-116, fev. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672008000100018>.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s.l.], v. 20, n. 2, p.5-6, jun. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-21002007000200001>.

SABINO, LeidianeMinervina Moraes de et al. Uso de tecnologia levedura nas práticas de enfermagem: análise de conceito. **Aquichan**, [s.l.], v. 16, n. 2, p.230-239, 1 jun. 2016. Universidad de laSabana. <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2016.16.2.10>.

SALVADOR, PetalaTuani Candido de Oliveira et al. Tecnologia e Inovação para o Cuidado em Enfermagem. **Re. Enfer. Uerj**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p.111-117, jan. 2012. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4004/2773>>. Acesso em: 15 out. 2018.

SANTOS, Fernanda Marsaro dos. Análise de Conteúdo: A Visão de Laurence Bardin. **Revista Eletrônica de Educação**, São Paulo, p.383-387, 2011.

SANTOS, Rafael Rocha dos et al. A influência do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 1, n. 18, p.130-139, mar. 2016. Trimestral.

SÃO JOSÉ. Prefeitura de São José. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco**: Organizando as demandas Espontâneas e Programadas na Saúde de em São José. São José: Diretoria de Atenção Primária, 2016.

SICHERI, Rosely; SOUZA, Rita Adriana de. Estratégias para prevenção da obesidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p.209-234, 2008.

SILVA, Andressa Hennig; FOSSÁ, Maria Ivete Trevisan. Análise de Conteúdo: Exemplo de Aplicação da Técnica para Análise de Dados Qualitativos. In: Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade, 4., 2013, Brasília. **Artigo**. [s. L.]: Anpad, 2013. p. 1 - 14.

SILVA, Rafael Celestino da; FERREIRA, Márcia de Assunção. A tecnologia em saúde: uma perspectiva psicossociológica aplicada ao cuidado de enfermagem. **Escola Anna Nery**, [s.l.], v. 13, n. 1, p.169-173, mar. 2009. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-81452009000100023>.

SILVEIRA, Cristiano Bertulucci. **Fluxograma de Processo – Aprenda com um Exemplo Prático**. 2016. Disponível em: <<https://www.citisystems.com.br/fluxograma/>>. Acesso em: 10 out. 2018.

SORATTO, Jackset al. Family healthstrategy: a technologicalinnovation in health. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 24, n. 2, p.584-592, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015001572014>.

SOUSA, Fabiana de Oliveira Silva et al. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 19, n. 4, p.1283-1293, abr. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014194.01702013>.

SOUZA, Juliana de Oliveira et al. A prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em usuários acamados assistidos em uma unidade básica de saúde da família. **Saúde em Redes**, [s. L.], v. 3, n. 2, p.292-300, 2016. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/735/pdf_40>. Acesso em: 11 out. 2018.

STAKE, Robert E. **Pesquisa Qualitativa**: estudando como as coisas funcionam. [s. L.]: Penso, 2011. 262 p.

TABILE, Patrícia Micheli et al. A importância do fluxograma no trabalho da saúde da família na visão do projeto PET-saúde. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, [s.i], v. 6, n. 1, p.680-690, 2015.

TRAD, Leny A. Bomfim. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de s. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 19, n. 3, p.777-796, 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312009000300013>.

WANNMACHER, Lenita. Obesidade como fator de risco para morbidade e mortalidade: evidências sobre o manejo com medidas não medicamentosas. In: *Uso racional de medicamentos: fundamentação em condutas terapêuticas e nos macroprocessos da assistência farmacêutica*, 1., 2016, Brasília. **Proceedings...** . Brasília: Opas/OMS – Representação Brasil, 2016. p. 1 - 10. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=serie-uso-racional-medicamentos-284&alias=1535-obesidade-como-fator-risco-para-morbidade-e-mortalidade-evidencias-sobre-o-m>

WERNECK, Marcos Azeredo Furquim; FARIA, Horácio Pereira de; CAMPOS, Kátia Ferreira Costa. **Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009. 84 p.

World Health Organization (WHO). **Global status report on communicable diseases 2014**. Geneva, 2014. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf;jsessionid=B8F1995C941>. Acesso em: 13 nov. 2018.

World Health Organization. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**: Report of a WHO consultation. Geneva: Who, 1998.

APENDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO
EM ENFERMAGEM MESTRADO PROFISSIONAL****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****OFICINA DE SENSIBILIZAÇÃO: ESTRUTURANDO O
CUIDADO DA PESSOA SOBREPESO OU OBESA ATRAVÉS DOS
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Você está sendo convidado a participar de uma atividade educativa, assim, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos e deveres enquanto participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houverem perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o responsável pela atividade. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Justificativa e objetivos:

A presente proposta permitirá a discussão e a construção coletiva de conhecimento a respeito das seguintes condições crônicas de saúde: Sobrepeso e Obesidade. Desta forma, a atividade tem como objetivo, desenvolver uma atividade educativa com foco nas ações de promoção à saúde, prevenção, identificação e acompanhamento de pessoas acometidas por sobrepeso e obesidade, voltada para Agentes Comunitários de Saúde, a fim de qualificar a atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis no município de São José.

Procedimentos:

A oficina será realizada na forma expositiva-dialogada, através da utilização de recursos audiovisuais e momentos de construção coletiva, permitindo a interação entre todos os participantes, bem como o levantamento de questionamentos relacionados à temática.

Desconfortos e riscos:

Você poderá sentir algum desconforto relacionado ao fato de estar compartilhando experiências pessoais a respeito do cuidado com a pele, contudo, caso o desconforto persista você poderá desistir a qualquer momento de participar da oficina ou da dinâmica adotada.

Benefícios:

Você estará colaborando para construção de novas perspectivas para o cuidado das pessoas acometidas pelo sobrepeso ou obesidade, através da construção de uma proposta que poderá nortear as ações do município voltadas para esta condição, implicando em impacto positivo na qualidade de vida dessa população.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação descrita na ficha de avaliação da atividade será fornecida a outras pessoas. Garantimos que seu nome ou de qualquer outro dado que o identifique não será divulgado. As informações fornecidas a respeito da avaliação somente serão utilizadas em socialização na disciplina Projetos Assistenciais de Enfermagem e de Saúde, referente ao Programa de Pós Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina e os envolvidos na organização da atividade.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com Enf. Fabrícia Martins Silva, na Diretoria de Atenção Primária à Saúde, localizada na Av. Acioni Souza Filho, 403, 2º andar - Centro - São José/SC - CEP 88.103-790; Telefone (48) 3281-6834; Celular (48) 99837-8888 e-mail: enfermeirafabriciamartins@gmail.com.

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter sido esclarecido sobre a natureza da atividade educativa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do (a) participante:

(Assinatura do participante)

Responsabilidade do responsável pela atividade:

Asseguro, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta atividade exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

(Assinatura do responsável pela atividade)

Data: ____/____/____.

MOMENTOS:

- 1) Acolhimento e boas vindas aos participantes – Tempo estimado: 10 minutos.
- 2) Apresentação dos participantes para compartilhamento da trajetória profissional e afinidade com a temática proposta. Será utilizada uma dinâmica de apresentação (Dinâmica da Bola).
Essa é uma proposta de dinâmica para a apresentação de pessoas para um grupo de até 15 participantes. Para aplicá-la, faz-se necessária a utilização de uma bola. Os participantes do grupo são dispostos em pé e em um círculo, de forma que todos os participantes consigam se ver. Será explicado pelo facilitador que quem estiver com a bola deverá fazer uma pergunta e jogar a bola para outro participante. As perguntas podem abordar diversas questões. Exemplos: nome, profissão, com o que atua hoje, uma potencialidade, uma fragilidade, de que forma se estabeleceu o contato com a temática proposta etc. Quem recebe a bola deve responder a pergunta feita e fazer outra pergunta na sequência, jogando a bola para outro participante. Ainda, o facilitador deve participar do círculo, também fazendo e respondendo perguntas – Tempo estimado: 30 minutos.
- 3) Apresentação dos objetivos do estudo/encontro e fornecimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os participantes através de exposição de slides por meio de projetor – Tempo estimado: 10 minutos.
- 4) Favorecer a imersão na temática através da reprodução de mídia audiovisual. Vídeo: Epidemia de Obesidade no Brasil. Tempo estimado: 3:57 minutos.
- 5) Viabilização de indagação provocativa por meio de questão norteadora: **No município de São José existe a normatização de ferramentas que viabilizem o acolhimento, o acompanhamento e o tratamento do sobrepeso e da obesidade na Rede de Atenção à Saúde (RAS)?**

Através da reação dos participantes à questão ocorrerá o levantamento das problemáticas identificadas pelos participantes e categorização das mesmas. Utilização da dinâmica das tarjetas que compreende técnicas de “visualização e de moderação”, que podem ser utilizadas em processos participativos de diagnóstico, planejamento e avaliação. Trata-se de uma metodologia simples e muito versátil, apropriada para trabalhos com grupos não muito

grandes, caso contrário a dinâmica de visualização inerente à dinâmica fica prejudicada.

A técnica de visualização corresponde à utilização de fichas coloridas, conhecidas como “tarjetas”, sobre as quais os participantes escrevem, com pincel atômico e de forma sintética, as suas considerações, e depois as fixam em um mural para que todos possam lê-las. Diferentes cores e formas de tarjetas podem ser utilizadas para distinguir a natureza das informações, as contribuições de diferentes equipes, as fases do trabalho etc. A mobilidade das fichas afixadas no mural permite que elas sejam rearranjadas em função de consensos ou tomadas de decisão por parte do grupo.

Nesta dinâmica, a coordenação dos trabalhos e a mediação das discussões ficam a cargo do “facilitador”. O importante é que o facilitador tenha conhecimento da técnica de visualização e esteja capacitado a conduzir trabalhos coletivos. O papel fundamental do facilitador é propor ao grupo questões relevantes, que possam encaminhar as discussões que serão por ele despertadas a partir das considerações dos participantes publicadas no mural. Conforme o objetivo do trabalho, as questões propostas pelo facilitador, bem como as discussões por ele levantadas, conduzirão o grupo a obter um produto final, que pode compreender: os indicativos sobre uma dada situação, as alternativas a certo problema, o plano de ação de um projeto etc. Tempo estimado: 30 minutos.

- 6) Coffee break – Tempo estimado: 20 minutos.

APENDICE C – Roteiro de Desenvolvimento da Oficina 2**ESTRUTURA DA OFICINA PARA CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO
DE OBESIDADE
2º ENCONTRO – TEMPO DE DURAÇÃO: 2h 05min****MATERIAIS:**

- Gravador
- Projetor
- Notebook
- Folhas Coloridas (tarjetas)
- Fita Adesiva
- Pincéis Atômicos
- Gorros de Natal

PARTICIPANTES:

| NOME DO PARTICIPANTE | FUNÇÃO | SERVIÇO |
|-----------------------------|---------------|----------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

MOMENTOS:

- 1) Acolhimento aos participantes – Tempo estimado: 5 minutos.
- 2) Apresentação dos objetivos do encontro para os participantes através de exposição de slides por meio de projetor – Tempo estimado: 10 minutos.

- 3) Retomada do levantamento das problemáticas do encontro anterior – Tempo estimado: 10 minutos.
- 4) Identificação dos componentes da RAS para cuidado do sobrepeso e da obesidade – Tempo estimado: 20 minutos.
- 5) Levantamento das propostas essenciais – Tempo estimado: 30 minutos.
- 6) Construção de proposta pelo grupo por meio de definição de ferramentas a serem utilizadas com a utilização da dinâmica dos 6 (seis) chapéus.

O objetivo principal desse método é ajudar pessoas na análise de uma situação, ou tomada de decisões, a avaliar com propriedade o que lhes é exposto. A avaliação se torna mais rica e ao mesmo tempo mais acurada na medida em que a pessoa observa a situação de seis formas diferentes ao invés de usar só uma (a que está habituada) ou mais de uma, mas de forma atabalhoada.

Cada chapéu simboliza uma forma de pensamento com suas próprias características. A simbologia do chapéu ajuda o pensador a "pôr e tirar" uma atitude de forma deliberada e conhecida pelo grupo. A artificialidade da situação permite também que interlocutores solicitem a seus colegas que "mudem de chapéu", evitando assim certos conflitos interpessoais durante discussões de tomada de decisão. Quanto mais os chapéus forem utilizados, mais eles se tomarão parte da cultura do grupo. Isto torna o pensamento muito mais poderoso. Ao invés de se perder tempo argumentando ou fugindo da discussão, haverá um enfoque estimulante e disciplinado.

O método é muito fácil de ser utilizado. Não é preciso pensar nos detalhes de cada um dos chapéus e a essência de cada um deles é muito mais fácil de ser lembrada. Tradicionalmente, são utilizados seis chapéus de cores distintas com diferentes significados. São eles:

CHAPÉU BRANCO - Simboliza a pureza. Lida com dados e informações neutros. Sob o Chapéu Branco trabalha-se com perguntas e respostas fatuais. Exemplos: Quanto tempo será necessário para a construção de ferramentas de cuidado para o sobrepeso e a obesidade? 2 meses. Qual é a verba destinada para esse projeto? É R\$ 4.000,00.

CHAPÉU VERMELHO - Lembra emoções e sentimentos, intuição e feelings. Sob o Chapéu Vermelho dão-se palpites. O "acho que..." é perfeitamente aceito. Não são necessárias justificativas. Exemplos: Acho que ainda não é o momento para inserirmos essa ferramenta no

cotidiano dos serviços. A estruturação da ferramenta vai ajudar os profissionais na normatização do cuidado.

CHAPÉU PRETO - É o advogado do diabo. Faz críticas, explica porque não vai dar certo, aponta quem vai reprovar a ideia. Usam-se justificativas e exemplos. Exemplos: Lembra do protocolo de saúde da criança? Não adianta construir ferramentas que sejam incorporadas no cotidiano de uma categoria profissional específica.

CHAPÉU AMARELO - Lembra o sol, o brilho, o otimismo. Usa-se o pensamento construtivo. Procuram-se oportunidades e benefícios. Usam-se também justificativas e exemplos.

CHAPÉU VERDE - Simboliza a criatividade. Fazem-se sugestões, dão-se alternativas, a ideia é burilada. Não há julgamento ou explicações. Exemplos: Vamos disseminar a ferramenta virtualmente? Vamos organizar um evento para apresentação da ferramenta à rede?

CHAPÉU AZUL - É o chapéu da visão panorâmica, coordenação e controle. Sob esse chapéu é feito o roteiro para o pensamento (ordem dos chapéus) e o resgate do que foi dito sob os outros chapéus. Esse chapéu cuida também da disciplina. Exemplos: Vamos começar com o Chapéu Vermelho. Tanto o Chapéu Vermelho quanto o Preto apontaram para uma resistência à nossa ferramenta. Vamos analisar isso mais profundamente.

Cabe ressaltar que devido ao fato de a oficina ocorrer em período festivo, os chapéus tradicionais serão substituídos por gorros de natal. Sendo que cada gorro representará uma característica – Tempo estimado: 30 minutos.

- 7) Coffee break – Tempo estimado: 20 minutos.

MOMENTOS:

- 1) Acolhimento aos participantes – Tempo estimado: 10 minutos.
- 2) Apresentação dos objetivos do encontro para os participantes através de exposição de slides por meio de projetor – Tempo estimado: 20 minutos.
- 3) Finalização da dinâmica dos seis chapéus. Apresentação do planejamento, organização e das etapas de desenvolvimento das ações propostas – Tempo estimado: 60 minutos.
- 4) Avaliação do trabalho desenvolvido através da utilização da dinâmica de Auto-avaliação do grupo de trabalho. Essa dinâmica de grupo é ideal para equipes que trabalham juntas. Também pode ser utilizada dentro de um serviço para propor melhorias futuras. A dinâmica funciona dessa maneira: cada integrante escreve em um papel o que considera ser o ponto mais forte e a maior dificuldade de trabalhar com aquele grupo. Deve-se reforçar aos participantes que a dinâmica será toda feita de forma anônima. Os papéis são recolhidos pelo facilitador e redistribuídos de forma aleatória entre os participantes; cada integrante fica com um papel de um colega e o lê em voz alta. Posteriormente, a equipe deve discutir sobre as ideias. Assim, o objetivo é manter os pontos positivos e solucionar os negativos – Tempo estimado: 25 minutos.
- 5) Agradecimento aos participantes e coffee-break – Tempo estimado: 20 minutos

APENDICE E – Ficha de Participação na Oficina Multiprofissional



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
 CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
 MESTRADO PROFISSIONAL GESTÃO DO CIDADÃO EM ENFERMAGEM

LISTA DE PRESENÇA
 OFICINA MULTIPROFISSIONAL PARA A CONSTRUÇÃO DE FLUXOGRAMAS DE ATENÇÃO AO SOBREPESO E A OBESIDADE

| | NOME PARTICIPANTE | FUNÇÃO | SERVICO | ASSINATURA |
|-----|-------------------|--------|---------|------------|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |
| 7. | | | | |
| 8. | | | | |
| 9. | | | | |
| 10. | | | | |

APENDICE F – Ficha de Avaliação da Oficina

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/ DEPARTAMENTO DE
ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM
ENFERMAGEM - MESTRADO PROFISSIONAL**

Avaliação de Oficina

Nome (opcional):

Sexo: Masculino () Feminino ()

Data de Nascimento:

Unidade Básica de Saúde:

Grau de Escolaridade:

Abaixo seguem questões relacionadas à discussão realizada durante a oficina. Lembre-se que você poderá assinalar mais de uma alternativa.

1. O tema proposto foi relevante?

() SIM

() NÃO

Observações:

2. O tema foi discutido de maneira clara e permitiu a compreensão?

() SIM

() NÃO

Observações:

3. A dinâmica adotada permitiu seu envolvimento e o compartilhamento de experiências junto ao grupo?

() SIM.

() NÃO

Observações:

4. As informações discutidas durante a oficina foram satisfatórias?

() Sim

() Não

Observações:

5. Após a participação na oficina você se sente capaz de disseminar informações referentes ao tema em outros espaços?

() Sim

() Não

Observações:

6. Após a oficina você considera que sua percepção à respeito do sobrepeso e da obesidade ampliou?

() Sim

() Não

Observações:

Caso queira, deixe outras observações a respeito da oficina:

APENDICE G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL GESTÃO DO CUIDADO EM
ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos convidando o (a) Sr.(a) a participar da pesquisa intitulada: **“PROTÓCOLO DE ACOMPANHAMENTO DA PESSOA COM SOBREPESO E/OU OBESIDADE COM ÊNFASE NOS FLUXOGRAMAS: UMA ESTRATÉGIA DE CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”**. Esta pesquisa está sendo realizada pela Enfermeira Fabrícia Martins Silva, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Luciara Fabiane Sebold. Tem como objetivo desenvolver junto aos profissionais da Rede de Atenção à Saúde do município de São José, um protocolo de acolhimento e acompanhamento da pessoa com sobrepeso e/ou obesidade. Através deste estudo pretende-se evidenciar a rede de cuidado a pessoas com sobrepeso e obesidade, assim, buscando junto com a equipe multiprofissional, as possibilidades de assistência. Por isso sua contribuição é de fundamental importância. Sua participação consistirá em debater acerca do cuidado na Rede de Atenção à Saúde às pessoas em sobrepeso e/ou obesidade. Ressalta-se que em nenhuma hipótese seu nome será divulgado, preservando assim o anonimato, bem como garantimos o sigilo das informações. Queremos também deixar claro que sua participação é de seu livre-arbítrio, podendo recusar-se em qualquer momento de não participar do estudo não tendo com isso nenhum prejuízo. A pesquisa não lhe trará nenhum ônus financeiro e se, comprovadamente existir, garantimos ressarcimento financeiro, bem como, diante de eventuais danos, comprovadamente decorrentes da pesquisa garantimos indenização. Prevemos risco de constrangimento no fornecimento de informações, mas estaremos disponíveis para lhe confortar e parar os questionamentos até sua afirmativa para continuidade, porém, existe

ainda a possibilidade do (a) senhor (a) não participar ou desistir de participar da pesquisa, sem precisar se justificar. O (a) participante terá a liberdade de esclarecer dúvidas acerca da pesquisa e outros assuntos relacionados em qualquer momento desta trajetória. Caso sinta-se lesado de alguma forma podemos tentar resolver seus desacordos, disponibilizando apoio caso achar necessário.

Após a conclusão do trabalho de campo, os dados serão analisados e publicados em literatura científica. O presente documento será assinado em duas vias, uma ficará à guarda da pesquisadora e a outra deverá ser guardada pelo(a) participante. Caso tenha qualquer dúvida poderá entrar em contato com a pesquisadora Enfermeira Fabricia Martins Silva (RG 41707141 SSP/SC e CPF 005028979-96) através do telefone (48) 998378888 ou 3281683. E-mail: enfermeirafabriciamartins@gmail.com – Endereço: Rua José Airton de Castro, 160, Roçado – São José/SC – CEP - 88108210, bem como a coordenadora e orientadora da Pesquisa Dr^aLuciara Fabiane Sebold. (RG 3085604 SSP/SC e CPF 983.993.739-15). Fone: (48) 988369036/ 37213436. E-mail: Fabiane.sebold@ufsc.br – Endereço: Rua das Roseiras, 685. Roçado – São José/SC – CEP – 88108460, podendo inclusive realizar a ligação a cobrar, caso necessite.

O (a) participante poderá fazer contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina que avaliou e liberou o desenvolvimento deste estudo, através do endereço Prédio Reitoria II - R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC. CEP 88.040-400. Contato: (48) 3721-6094. E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br.

Registramos que este estudo segue as diretrizes para pesquisas com seres humanos no Brasil – Resolução 466/2012.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO PARTICIPANTE.

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em contribuir como participante da pesquisa “PROTOCOLO DE ACOMPANHAMENTO DA PESSOA COM SOBREPESO E/OU OBESIDADE COM ÊNFASE NOS FLUXOGRAMAS: UMA ESTRATÉGIA DE CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou prejuízo. Declaro ainda, que tenho conhecimento do apoio que deve ser prestado pelas pesquisadoras, caso eu tenha necessidades físicas, mentais ou emocionais. Autorizo uso de gravador para o registro da entrevista, registro fotográfico e

autorizo a divulgação das imagens registradas, caso seja necessário e desde que seja mantido meu anonimato.

Florianópolis, ____ de _____ de 2018.

CPF: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora responsável: _____

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Macroprojeto

| | |
|---|--|
|  | |
| PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP | |
| DADOS DO PROJETO DE PESQUISA | |
| Título da Pesquisa: REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: TECNOLOGIAS DE CUIDADO À PESSOA COM SÍNDROME DE CÉLULAS GRANDES DA GRANDE FLÓRIDA 4001.5 | |
| Pesquisador: Valdemir Antônio Ribeiro | |
| Área Temática: | |
| Modalidade: 3 | |
| CADAF: 00000006/0000/000 | |
| Instituição Propositora: Departamento de Enfermagem | |
| Patrocinador Principal: Financiamento Próprio | |
| DADOS DO PARECER | |
| Número do Parecer: 1.621/09 | |
| Apresentação do Projeto: | |
| <p>Título da proposta de pesquisa: Redes de atenção à saúde: tecnologias de cuidado à pessoa com síndrome de células grandes (celulas grandes) em Florianópolis. Cuidado da família: promoção e suporte psicológico ao sistema de saúde de 3 municípios de Grande Florianópolis. Cuidado de saúde: avaliação da implementação de intervenções: 0000/0000/0000/0000 e banco de dados (BANK OF DATAS) e interfaces com as Unidades de saúde participantes.</p> | |
| Objetivo da Pesquisa: | |
| <p>Objetivo principal: Investigar a Rede de Atenção à Saúde em Florianópolis, avaliando aspectos de organização, prevenção e tratamento da esquizofrenia e, as tecnologias de cuidado à pessoa com síndrome de células grandes em Florianópolis. Objetivos secundários: 1. Realizar pesquisa integrativa sobre a situação de saúde de informações com pessoas em recuperação sobre 2. Manter um perfil contínuo e atualizado a Rede de Atenção à Saúde em Florianópolis. 3. Avaliar os modos de cuidar das pessoas com esquizofrenia e as tecnologias de cuidado à saúde nos diferentes contextos de cuidado, utilizando métodos de coleta de informações, com geração de aplicativos, em rede de</p> | |
| <p>Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Federal de Florianópolis, 70800-900 Bairro: Trindade, CEP: 88040-900 UFSC Fone/Fax: (41) 3745-4000 E-mail: cep@ufsc.br</p> | |

Página 10/10

Categoria de Projeto: 01 - 01

Área Interdisciplinar, de Pesquisa em Engenharia e Ciências Exatas

Avaliação das Pesquisas e Resultados:

A análise de risco está devidamente adequada, apesar de não informar com precisão a possibilidade de queda de água 2.05, explicando porque possível queda após o término das ações formativas, uma falta de segurança, além de considerar a possibilidade de participação voluntária e possibilidade de exclusão dos pesquisadores não envolvidos antes, por exemplo, sem uma proteção adicional aos R00 015 335q 533273 00 020 00 33900 01000000, de um ovvero como o caso.

Conveniência e Conformidade com a Pesquisa:

Sem parecer de admissão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

o formulário encontra-se devidamente preenchido e pode ser de depósito em arquivo no computador e em formato pdf e enviado. De acordo com o formulário e legislação, os termos de apresentação a dos hospitais envolvidos na pesquisa, autorizados nos termos de resolução 472/12. Comprimos: documento (LTC) do dia do dado do 33900 01000000 do 01000000, documento (LTC) do 33900 01000000 do 33900 01000000 em 01000000. O valor de R\$ 2.000,00 está coberto por financiamento próprio. O valor de R\$ 2.000,00 está coberto por financiamento próprio, que poderá ser revertido para o projeto de R\$ 2.000,00.

Recomendações:

Sem recomendações adicionais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Indicações:

Sem pendências.

Considerações finais e critério do CEP:

Data parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Nome do Documento | Arquivo | Protocolo | Data | Resultado |
|---------------------------------------|---|-----------|---------|-------------------------|
| Informação Básica do Projeto | PD_BPO-IMP-CBO_SAP-DAS_AU_P PD-130_88512.pdf | 2478/2018 | 7/15/18 | Aprov |
| Carta | Certificacao.docx | 2478/2018 | 7/15/18 | Jurista Faltam Sendo |
| Declaração de Conflicto de Interesses | Declaramt po a.pdf | 2478/2018 | 7/15/18 | Jurista Faltam Sendo |

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Palácio Tríplice, Florianópolis, SC, Brasil
 Telefone: (51) 3366-2777
 URL: <http://www.ufsc.br>
 E-mail: cep@ufsc.br

Impressão: 0

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Declaração de F. Form. 02 - 024

| | | | | |
|---|------------------|------------------------|-------------------------|-------|
| Declaração de trabalho para a plataforma | Foto Susanezadi | 24/05/2018 17:11:05 | Jurgen Fubiani Bello | 60,00 |
| Declaração de trabalho para a plataforma | Foto Fulkopff | 24/05/2018 17:10:58 | Jurgen Fubiani Bello | 60,00 |
| Declaração de trabalho para a plataforma | Foto R. J. J. J. | 24/05/2018 17:10:57 | Jurgen Fubiani Bello | 60,00 |
| Declaração de trabalho para a plataforma | Foto R. J. J. J. | 24/05/2018 17:10:56 | Jurgen Fubiani Bello | 60,00 |
| Declaração de trabalho para a plataforma | Foto R. J. J. J. | 24/05/2018 17:10:55 | Jurgen Fubiani Bello | 60,00 |
| Declaração de trabalho para a plataforma | Foto R. J. J. J. | 24/05/2018 17:10:54 | Jurgen Fubiani Bello | 60,00 |
| Declaração de trabalho para a plataforma | Foto R. J. J. J. | 24/05/2018 17:10:53 | Jurgen Fubiani Bello | 60,00 |
| Declaração de trabalho para a plataforma | Foto R. J. J. J. | 24/05/2018 17:10:52 | Jurgen Fubiani Bello | 60,00 |
| Declaração de trabalho para a plataforma | Foto R. J. J. J. | 24/05/2018 17:10:51 | Jurgen Fubiani Bello | 60,00 |
| Declaração de trabalho para a plataforma | Foto R. J. J. J. | 24/05/2018 17:10:50 | Jurgen Fubiani Bello | 60,00 |
| Declaração de trabalho para a plataforma | Foto R. J. J. J. | 24/05/2018 17:10:49 | Jurgen Fubiani Bello | 60,00 |
| Declaração de trabalho para a plataforma | Foto R. J. J. J. | 24/05/2018 17:10:48 | Jurgen Fubiani Bello | 60,00 |
| Declaração de trabalho para a plataforma | Foto R. J. J. J. | 24/05/2018 17:10:47 | Jurgen Fubiani Bello | 60,00 |
| Declaração de trabalho para a plataforma | Foto R. J. J. J. | 24/05/2018 17:10:46 | Jurgen Fubiani Bello | 60,00 |
| Declaração de trabalho para a plataforma | Foto R. J. J. J. | 24/05/2018 17:10:45 | Jurgen Fubiani Bello | 60,00 |
| Declaração de trabalho para a plataforma | Foto R. J. J. J. | 24/05/2018 17:10:44 | Jurgen Fubiani Bello | 60,00 |

Situação do Processo:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONGP:

Não

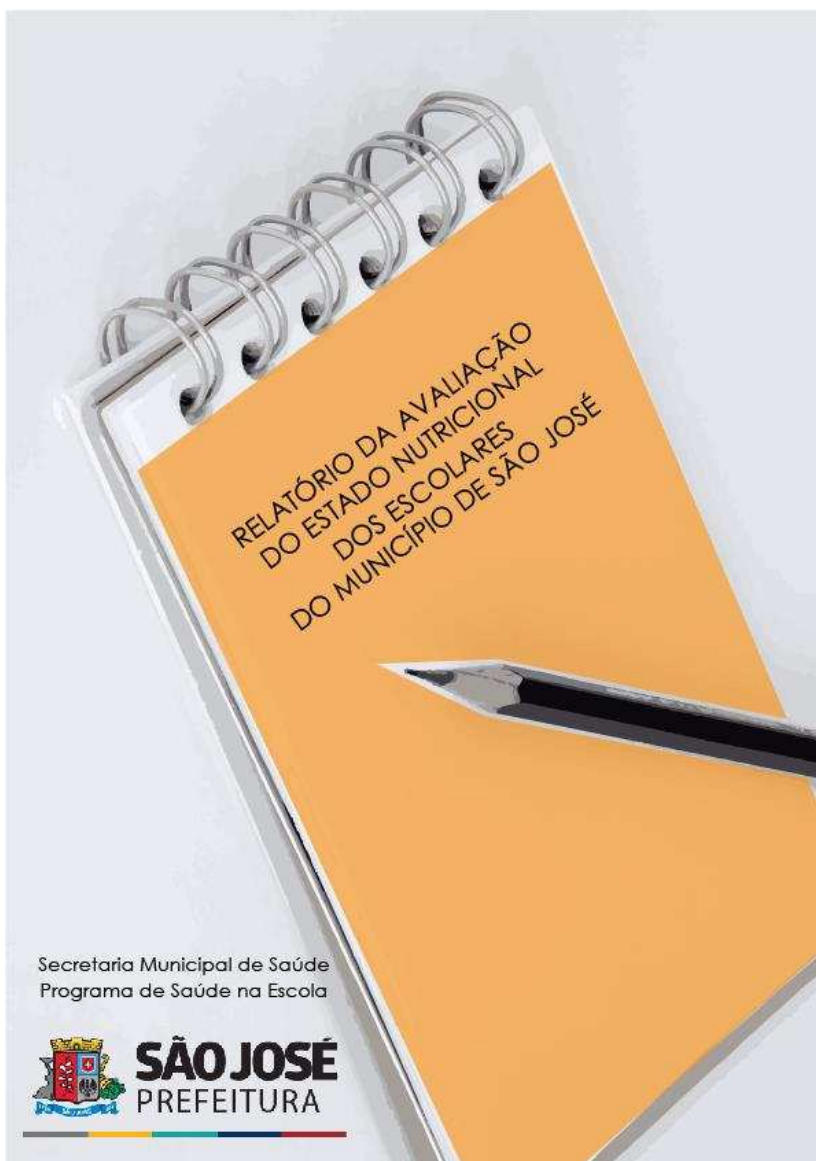
FLORIANÓPOLIS, 02 de Julho de 2018

Assinado por:
Washington Peres de Souza
(Diretor Geral)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Núcleo Central, 1508-200, Caixa 471
Ribeirão, Florianópolis - SC, 88074-900, Brasil
UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina
UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina
UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

UFSC/2018/024

ANEXO B – Relatório da Avaliação do Estado Nutricional dos Escolares



EQUIPE**Planejamento da pesquisa**

Paulo Sérgio C. da Silva

Daniele Moreira

Análise dos dados e execução do relatório

Paulo Sérgio C. da Silva

Suporte Técnico – Nutrição

Carla Galego

Avaliadores na coleta de dados

Diogo Cardoso, Rafaela Cardoso, Leonardo Perfeito, Vivian Engel, Andresa Teodoro, Natália Zucchi, Denise Asari, Fernando Hara, Karina Dal Bó e Daniele Moreira.

Diretora da Atenção Primária (SMS)

Fabricia Martins Silva Lemos

Gerente dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Coordenadora do Programa de Saúde na Escola (SMS)

Daniele Moreira

Coordenadora do Programa de Saúde na Escola (SME)

Débora Augusto da Silva e Silva

Coordenação dos profissionais de Educação Física

Aizira Isabel da Rosa e Eliane Fátima Rover

SUMÁRIO

- 02** Capítulo 1 – Avaliação geral das escolas referenciadas
- 03** Capítulo 2 – Resultados gerais das escolas de São José
- 04** Capítulo 3 – Avaliação do CEM Albertina
- 04** Capítulo 4 – Avaliação do CEM Interativo
- 05** Capítulo 5 – Avaliação do CEM José Nitro
- 05** Capítulo 6 – Avaliação do CEM Morar Bem
- 05** Capítulo 7 – Avaliação do CEM Renascer
- 06** Capítulo 8 – Avaliação do CEM Solemar
- 06** Capítulo 9 – Avaliação do CEM Vilson Kleinübing
- 07** Capítulo 10 – Construindo estratégias
- 07** Considerações finais
- 08** Referências

CAPÍTULO 1

Avaliação geral das escolas credenciadas no PSE

Entendendo os métodos empregados na avaliação das escolas de São José

1. Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a obesidade pode ser definida como uma doença crônica não transmissível, caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, associada a riscos para a saúde, devido à sua relação com várias complicações metabólicas (1,2).

O excesso de peso infantil, expresso como sobrepeso e obesidade ocorre geralmente por uma combinação de fatores, incluindo hábitos alimentares errôneos, propensão genética, estilo de vida familiar, condição socioeconômica, fatores psicológicos e étnia (3).

Sabe-se que existe uma associação entre a obesidade e diversas doenças crônicas não transmissíveis, tais como, doença coronariana, hipertensão, diabetes, dislipidemias sanguíneas, osteoartrite, entre outras (4).

Na criança, a obesidade pode estar associada a um aumento de problemas respiratórios (asma, apnéia do sono), problemas musculoesqueléticos, doença hepática, problemas comportamentais, isolamento social, sinais de depressão, baixa autoestima, bullying e piora do desempenho escolar (5).

O diagnóstico de sobrepeso e obesidade em estudos epidemiológicos vem sendo realizado pela antropometria, por sua facilidade de execução e baixo custo, permitindo avaliar o crescimento da criança e as dimensões corporais nas diferentes idades. O índice de massa corporal (IMC) reflete a relação entre o peso e altura do indivíduo, sendo muito utilizada para o diagnóstico de sobrepeso e obesidade em adultos e crianças (6,7). O objetivo desta pesquisa foi avaliar o estado nutricional dos alunos das escolas municipais de São José, credenciadas no Programa Saúde na Escola.

1.1 Métodos

A avaliação da composição corporal tem como importante pilar a antropometria, muito utilizada nas investigações de saúde, por dispor de uma metodologia simples, de fácil aplicação, não invasiva e de baixo custo. A antropometria avalia o tamanho, proporções e composição do corpo humano. As medidas mais utilizadas nas investigações de avaliação nutricional têm sido o peso e altura (1). O IMC para idade e sexo é utilizado amplamente para estimativa de sobrepeso e obesidade (6,8).

Com base nas variáveis peso e altura, este estudo permitiu o diagnóstico do estado nutricional dos estudantes a partir das curvas de IMC para idade e sexo, segundo a Organização Mundial da Saúde.

1.1.1 Amostragem e execução

Foram elegíveis para participar do estudo todos os escolares das escolas municipais de São José credenciadas no Programa Saúde na Escola (PSE), matriculadas regularmente do 1º ao 5º ano, independente da idade.

No município de São José, dos 23 Centros Educacionais que possuem cerca de 6.000 alunos (de 1º ao 5º ano), sete (7) são credenciados ao PSE, sendo que estas totalizam 1.450 alunos. A seguir um quadro com a representação das CEM que participaram do estudo, seguido do Distrito Sanitário, número de turmas e alunos, todas nas meses de agosto a outubro de 2018, no CEM onde cada estudante se encontrava matriculado, em sala externa à sala de aula.

| Escola | Distrito Sanitário | Turmas | Alunos |
|---------------------|--------------------|-----------|-------------|
| CEM Visão Kleindung | Oeste | 15 | 426 |
| CEM Alberta | Sul | 13 | 320 |
| CEM Interativa | Sul | 10 | 266 |
| CEM Renascença | Leste | 7 | 146 |
| CEM Solenne | Leste | 5 | 135 |
| CEM José Neto | Norte | 6 | 133 |
| CEM Maria Bem | Norte | 2 | 24 |
| TOTAL | | 58 | 1450 |

A duração da coleta era de aproximadamente 3 minutos por aluno e a todos os avaliadores realizaram procedimento padronizado durante a coleta.

Participaram do processo de avaliação dos escolares, profissionais da rede municipal de saúde e de educação, incluindo as seguintes categorias profissionais: médicos pediatras, nutricionistas, fisioterapeutas e profissionais de educação física, este último de ambas as secretarias.

1.1.2 Tabulação, variáveis coletadas e padronização da coleta

A tabulação dos dados foi realizada dentro do período de um mês. A classificação do estado nutricional se deu após tabulação se dados, de acordo com categorização do CIVIS, considerando sexo e idade em meses. Foram coletadas as seguintes variáveis: data de avaliação, data de nascimento, sexo, massa (kg), estatura (cm), circunferência de cintura (cm), ano escolar, turno de aula, escola avaliada (CEM) e UBS de referência da escola.

Quanto à padronização, os profissionais que avaliaram foram previamente treinados/informados dos protocolos adotados. Seguem procedimentos para cada medida avaliada:

A) Massa: as medidas foram obtidas em única tomada, através de balança digital com capacidade para 150 kg e precisão de 50 gr. Para a avaliação, os escolares ficaram sem calçado, roupas pesadas e acessórios, se posicionando na balança em superfície regular e firme. A posição de mensuração foi em pé, na posição ereta, com pés afastados na largura do quadril, com o peso dividido em ambos os pés, com visão voltada para a linha do horizonte.

B) Estatura: Em posição ortostática, a altura foi verificada através de tomada única, em estadiômetro de parede. Para avaliação, seguiu-se o mesmo padrão de vestimenta da medida anterior. A mensuração se deu em pé, com as pernas em pés paralelos e Unidos, e peso distribuído em ambos os pés, braços relaxados ao lado do corpo e palmas da mão voltadas para o corpo. As costas do avaliado ficaram voltadas para a parede, de forma que os calcanchares, panturrilha, nádegas, costas e parte posterior da cabeça ficassem na parede. Caso não fosse possível encostar os cinco pontos na parede, era buscado que calcanchares, nádegas e costas o encostassem. A posição da cabeça deveria ficar alinhada ao olhar para o horizonte (plano de Frankfurt). O estadiômetro foi deslocado até encostar na cabeça do avaliado, com pressão suficiente apenas para comprimir os cabelos.

C) **Circunferência abdominal:** foi utilizada como referência a linha da cicatriz umbilical (umbigo). Para a avaliação, o avaliado ficou de pé abdômen relaxado, braços estendidos ao longo do corpo e as pernas paralelas, ligeiramente separadas. Durante a avaliação, a roupa era afastada, de forma que a região da cintura ficasse despida. A avaliação teve a cicatriz umbilical como referência, sendo que a mesma desviada do redor do tronco, mantivesse-se no mesmo nível, sem ficar larga nem apertada.

CAPÍTULO 2

Resultados gerais das escolas de São José

Como estão as escolas pactuadas em São José?

A avaliação do estado nutricional nos escolares em São José traz importantes informações aos gestores, de modo a melhor direcionar as intervenções dos profissionais das Secretarias da Saúde, Educação, Assistência Social e Fundação de Esportes. Realizar ações baseadas em evidências traz ao setor público maior eficiência em suas ações. Em um contexto em que os recursos estão cada vez mais escassos aos municípios, articular ações entre diferentes pastas e se basear em diagnósticos reais da população permitem um serviço de maior qualidade e resolutividade.

Para entender o perfil da população avaliada, o Quadro 1, traz a distribuição, segundo os Centros Educacionais Municipais (CEM) pactuados no Programa Saúde na Escola (PSE).

| CEM | Distrito Sanitário | n | % |
|--------------|--------------------|-------------|--------------|
| Albertina | Sul | 238 | 17,8 |
| Interativa | Sul | 232 | 17,4 |
| Solemar | Leste | 115 | 8,6 |
| Renascença | Leste | 125 | 9,3 |
| José Nitro | Norte | 134 | 10,0 |
| Morar Bem | Norte | 153 | 11,4 |
| Vilson | Oeste | 340 | 25,4 |
| TOTAL | - | 1337 | 100,0 |

Referente às características das escolas, destaca-se ainda que 37,9% (507) estudavam no período matutino e 62,1% (829) no período vespertino. Em se tratando dos anos escolares, 17,7% (237) eram do 1º ano; 18,0% (241) do 2º ano; 20,4% (273) do 3º ano; 24,0% (321) do 4º ano e 19,8% (264) do 5º ano. Analisando por distritos sanitários, a amostra traz 35,1% (469) do Sul; 25,4% (340) do Oeste; 21,5% (287) do Norte e 18,0% (240) do Leste.

Dos escolares avaliados, 54% (722) eram do sexo masculino e 46% (614) eram do sexo feminino. Quanto a faixa-etária, 46,3% (619) tinham de 6 a 8 anos; 49,8% (665) tinham de 9 a 11 anos e 3,9% (52) tinham de 12 a 14 anos.

| CEM | Classificação Nutricional | | | | | | | | | | | |
|--------------------|---------------------------|--------------|------------|-------------|------------------------|--------------|------------------------|-------------|------------------------------|--------------|---|---|
| | Eutrofia | | Baixo Peso | | Sobrepeso ^a | | Obesidade ^b | | Excesso de peso ^c | | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Albertina | 152 | 80,67 | 6 | 2,52 | 32 | 15,45 | 8 | 3,35 | 40 | 16,81 | - | - |
| Interativa | 177 | 76,29 | 6 | 2,59 | 39 | 15,81 | 19 | 4,35 | 49 | 21,12 | - | - |
| Solemar | 88 | 76,32 | 2 | 1,74 | 17 | 14,78 | 8 | 6,98 | 25 | 21,74 | - | - |
| Renascença | 103 | 82,40 | 5 | 4,00 | 14 | 11,20 | 5 | 3,93 | 17 | 13,60 | - | - |
| José Nitro | 115 | 88,81 | 1 | 0,75 | 10 | 7,46 | 4 | 2,93 | 14 | 10,45 | - | - |
| Morar Bem | 147 | 83,04 | 3 | 1,96 | 28 | 11,76 | 5 | 3,27 | 23 | 15,68 | - | - |
| Vilson | 258 | 84,71 | 3 | 0,88 | 30 | 8,82 | 19 | 5,73 | 49 | 14,41 | - | - |
| Total/Média | 1064 | 81,82 | 26 | 1,94 | 160 | 11,96 | 57 | 4,23 | 217 | 16,23 | - | - |

A Tabela 1 mostra que o CEM com maior prevalência de eutrofia, isto é, peso normal, é o CEM José Nitro, com 88,8%. O CEM Interativa e Solemar apresentaram a pior cenário de eutrofia (menor que 77% de todas as escolas).

Proporcionalmente, o CEM Renascença apresentou o pior cenário para baixo peso (4,0%), mas as maiores ocorrências em nível absoluto se deram nos CEM Albertina e Interativa, com 6 escolares cada. A última coluna traz a soma das prevalências de sobrepeso e obesidade. O melhor cenário foi para o CEM José Nitro (10,45%) e o pior cenário foi para o CEM Interativa Solemar (21,12% e 21,74%).

A avaliação nutricional dos escolares, segundo distritos sanitários, apontou para os distritos Sul e Leste como aqueles com pior cenário de saúde, apresentando ambos uma prevalência de eutrofia abaixo de 80% e prevalência de excesso de peso superior a 17,8%.

| Distritos Sanitários | Classificação Nutricional | | | | | | | | | | | |
|----------------------|---------------------------|-------|------------|------|------------------------|-------|------------------------|------|------------------------------|-------|---|---|
| | Eutrofia | | Baixo Peso | | Sobrepeso ^a | | Obesidade ^b | | Excesso de peso ^c | | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Norte | 236 | 45,21 | 4 | 1,39 | 78 | 9,98 | 9 | 3,14 | 32 | 17,89 | - | - |
| Sul | 359 | 70,60 | 12 | 2,56 | 70 | 14,30 | 18 | 3,64 | 88 | 16,76 | - | - |
| Leste | 191 | 74,58 | 7 | 2,92 | 31 | 12,90 | 11 | 4,98 | 43 | 17,50 | - | - |
| Oeste | 238 | 84,71 | 3 | 0,88 | 30 | 8,82 | 19 | 5,73 | 49 | 14,41 | - | - |
| TOTAL | 1064 | - | 26 | - | 159 | - | 57 | - | 217 | - | - | - |

De acordo com a Tabela 3, que aponta para a distribuição do estado nutricional segundo sexo, é verificado menor eutrofia entre aqueles do sexo masculino (79,5% X 84,7%).

| Sexo | Classificação Nutricional | | | | | | | | | | | |
|--------------|---------------------------|-------|------------|------|------------------------|-------|------------------------|------|------------------------------|-------|---|---|
| | Eutrofia | | Baixo Peso | | Sobrepeso ^a | | Obesidade ^b | | Excesso de peso ^c | | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Masculino | 574 | 79,50 | 14 | 2,44 | 93 | 12,88 | 41 | 5,68 | 134 | 18,56 | - | - |
| Feminino | 520 | 84,59 | 12 | 2,35 | 66 | 10,75 | 16 | 2,81 | 82 | 15,36 | - | - |
| TOTAL | 1094 | - | 26 | - | 159 | - | 57 | - | 216 | - | - | - |

A Tabela 4 mostra que a faixa etária 9 a 11 apresentou maior prevalência de excesso de peso comparada das mais jovens.

| Faixa-etária | Classificação Nutricional | | | | | | | | | | | |
|--------------|---------------------------|-------|------------|------|------------------------|-------|------------------------|------|------------------------------|-------|---|---|
| | Eutrofia | | Baixo Peso | | Sobrepeso ^a | | Obesidade ^b | | Excesso de peso ^c | | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| 6 a 8 | 518 | 83,68 | 15 | 2,38 | 59 | 9,53 | 31 | 5,01 | 90 | 14,54 | - | - |
| 9 a 11 | 525 | 80,45 | 13 | 2,35 | 94 | 13,83 | 25 | 3,76 | 117 | 17,59 | - | - |
| 12 a 14 | 41 | 78,87 | 2 | 3,85 | 6 | 15,20 | 1 | 1,92 | 9 | 17,31 | - | - |
| TOTAL | 1084 | - | 26 | - | 159 | - | 57 | - | 216 | - | - | - |

A avaliação segundo ano escolar (Tabela 5) apontou para melhor prevalência de eutrofia no 2º ano (85,9%) e pior no 5º ano (79,6%). A maior ocorrência de baixo peso foi identificada no 1º ano (3,4%) e a menor foi no 3º ano (0,7%). Ao avaliar excesso de peso o 2º ano apresentou menor prevalência, com 12,9%.

| Ano | Classificação Nutricional | | | | | | | | | |
|--------------|---------------------------|-------|------------|------|----------------------|-------|------------------------|------|------------------------------|-------|
| | Eutrofia | | Baixo Peso | | Subpeso ^a | | Obesidade ^b | | Excesso de peso ^b | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| 1º ano | 190 | 80,17 | 8 | 3,38 | 27 | 9,78 | 17 | 7,17 | 39 | 16,46 |
| 2º ano | 237 | 85,89 | 3 | 1,24 | 23 | 9,13 | 9 | 3,73 | 31 | 13,86 |
| 3º ano | 227 | 83,15 | 2 | 0,79 | 23 | 10,17 | 12 | 4,40 | 44 | 16,22 |
| 4º ano | 250 | 81,00 | 6 | 1,87 | 46 | 14,33 | 9 | 2,80 | 55 | 17,33 |
| 5º ano | 210 | 79,55 | 7 | 2,65 | 37 | 14,00 | 10 | 3,79 | 47 | 17,80 |
| TOTAL | 1094 | - | 25 | - | 158 | - | 57 | - | 216 | - |

A Tabela 6 traz a avaliação no estado nutricional segundo turno escolar. O turno vespertino mostrou menor prevalência de eutrofia comparado ao turno matutino (80,3% X 82,9%). O excesso de peso e o baixo peso foram mais prevalentes no turno vespertino.

| Ano | Classificação Nutricional | | | | | | | | | |
|--------------|---------------------------|-------|------------|------|----------------------|-------|------------------------|------|------------------------------|-------|
| | Eutrofia | | Baixo Peso | | Subpeso ^a | | Obesidade ^b | | Excesso de peso ^b | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Matutino | 407 | 80,28 | 8 | 1,58 | 66 | 13,02 | 26 | 5,13 | 52 | 10,15 |
| Vespertino | 687 | 82,87 | 18 | 2,17 | 93 | 11,22 | 31 | 3,74 | 124 | 14,46 |
| TOTAL | 1094 | - | 26 | - | 159 | - | 57 | - | 216 | - |

Os próximos capítulos trarão a realidade de cada um dos CEM avaliados.

CAPÍTULO 3

Avaliação do CEM Albertina

Fizeram parte das avaliações no CEM Albertina 238 crianças e jovens, sendo 52,1 (124) do sexo masculino e 47,9% (114) feminino. A faixa etária "6 a 8 anos" apresentou 48,3 (115), seguido de "9 a 11 anos" com 46,3 (116) e "12 a 14 anos" com 2,9% (7). Quanto à distribuição segundo ano escolar, foram 19,7 (47) no primeiro ano e igual proporção no segundo ano, 17,6 (42) no terceiro ano, 22,3 (53) no quarto ano e 20,6 (49) no quinto ano. Avaliando o turno escolar, 39,1 (93) das alunas estudavam de manhã e 60,9% (145) no período da tarde.

| Variável | Classificação Nutricional | | | | | | | | | |
|------------------------------|---------------------------|-------|------------|-------|---------|-------|-----------|------|-----------------|-------|
| | Eutrofia | | Baixo Peso | | Subpeso | | Obesidade | | Excesso de peso | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| População da pesquisa | 190 | 80,17 | 8 | 3,38 | 27 | 9,78 | 17 | 7,17 | 39 | 16,46 |
| Sexo | | | | | | | | | | |
| Feminino | 99 | 86,21 | 1 | 0,85 | 15 | 14,09 | 1 | 0,98 | 17 | 16,91 |
| Masculino | 96 | 77,42 | 5 | 4,83 | 13 | 12,58 | 7 | 6,65 | 23 | 21,55 |
| Faixa etária | | | | | | | | | | |
| 6 a 8 | 75 | 82,61 | 1 | 1,17 | 13 | 12,17 | 5 | 4,53 | 15 | 16,52 |
| 9 a 11 | 91 | 86,48 | 4 | 3,75 | 19 | 18,32 | 3 | 2,84 | 23 | 21,95 |
| 12 a 14 | 6 | 85,71 | 1 | 14,29 | 1 | 14,29 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Ano escolar | | | | | | | | | | |
| 1º ano | 49 | 82,98 | 1 | 2,13 | 11 | 18,13 | 3 | 4,76 | 7 | 11,45 |
| 2º ano | 38 | 80,85 | 0 | 0,00 | 9 | 23,68 | 3 | 6,38 | 9 | 21,25 |
| 3º ano | 38 | 89,66 | 1 | 2,63 | 9 | 21,43 | 1 | 2,38 | 7 | 16,22 |
| 4º ano | 46 | 86,79 | 2 | 3,85 | 15 | 28,31 | 1 | 1,89 | 8 | 15,22 |
| 5º ano | 35 | 71,43 | 1 | 2,13 | 13 | 26,08 | 0 | 0,00 | 11 | 21,43 |
| Turno escolar | | | | | | | | | | |
| Matutino | 11 | 79,37 | 1 | 7,14 | 11 | 78,57 | 1 | 7,14 | 11 | 78,57 |
| Vespertino | 110 | 81,36 | 5 | 3,65 | 37 | 27,12 | 5 | 3,65 | 22 | 15,77 |

De acordo com a tabela acima, o CEM Albertina apresentou 80,7 dos escolares com peso dentro da normalidade. As maiores prevalências de eutrofia se deram no sexo feminino, naqueles pertencentes à faixa etária 6 a 8 anos (desconsiderando 12 a 14 anos por serem poucos escolares), entre os estudantes do 4º ano e do turno vespertino.

Analisando a prevalência de baixo peso, destaque para o sexo masculino, faixa etária de 9 a 11 anos (por serem 4 escolares), estudantes do 5º ano e do turno vespertino. Quanto ao excesso de peso, os mesmos estratos acima foram os problemáticos, exceção ao turno em que a prevalência foi maior no vespertino.

CAPÍTULO 4

Avaliação do CEM Interativo

Fizeram parte das avaliações no CEM Interativo 232 crianças e jovens, sendo 55,6 (129) do sexo masculino e 44,4 (103) feminino.

A faixa etária "9 a 11 anos" apresentou 33,9% (125), seguida de "6 a 8 anos" com 42,7 (99) e "12 a 14 anos" com 3,4 (8).

Quanto à distribuição segundo ano escolar, foram 16,8 (39) no primeiro ano, 17,7 (41) no segundo ano, 19,8 (46) no terceiro ano, 23,7 (55) no quarto ano e 22,0 (51) no quinto ano. Avaliando o turno escolar, 51,3 (119) das alunas estudavam de manhã e 48,7 (113) no período da tarde.

| Variável | Classificação Nutricional | | | | | | | | | |
|------------------------------|---------------------------|-------|------------|-------|---------|-------|-----------|-------|-----------------|-------|
| | Eutrofia | | Baixo Peso | | Subpeso | | Obesidade | | Excesso de peso | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| População da pesquisa | 177 | 90,20 | 6 | 3,39 | 29 | 16,38 | 18 | 10,17 | 48 | 27,12 |
| Sexo | | | | | | | | | | |
| Feminino | 86 | 85,30 | 3 | 2,81 | 13 | 11,25 | 7 | 6,14 | 14 | 12,76 |
| Masculino | 91 | 78,91 | 3 | 2,61 | 16 | 13,98 | 11 | 9,38 | 34 | 29,13 |
| Faixa etária | | | | | | | | | | |
| 6 a 8 | 78 | 81,31 | 1 | 1,04 | 14 | 14,29 | 8 | 8,16 | 20 | 20,41 |
| 9 a 11 | 96 | 78,90 | 2 | 1,67 | 23 | 19,00 | 4 | 3,28 | 27 | 21,80 |
| 12 a 14 | 5 | 50,00 | 1 | 20,00 | 2 | 40,00 | 1 | 20,00 | 2 | 40,00 |
| Ano escolar | | | | | | | | | | |
| 1º ano | 78 | 82,30 | 1 | 1,04 | 12 | 12,50 | 5 | 5,21 | 17 | 17,55 |
| 2º ano | 54 | 83,33 | 1 | 1,56 | 5 | 7,69 | 1 | 1,56 | 6 | 9,23 |
| 3º ano | 52 | 86,70 | 0 | 0,00 | 6 | 10,00 | 1 | 1,61 | 7 | 11,54 |
| 4º ano | 52 | 73,91 | 3 | 4,29 | 20 | 28,57 | 1 | 1,43 | 13 | 18,57 |
| 5º ano | 35 | 79,17 | 1 | 2,27 | 11 | 24,44 | 3 | 6,67 | 11 | 24,44 |
| Turno escolar | | | | | | | | | | |
| Matutino | 85 | 79,81 | 3 | 2,83 | 24 | 22,62 | 7 | 6,57 | 20 | 18,52 |
| Vespertino | 92 | 78,91 | 3 | 2,62 | 23 | 19,75 | 11 | 9,27 | 28 | 23,82 |

De acordo com a tabela acima, o CEM Interativo apresentou 76,3 dos escolares com peso dentro da normalidade. As maiores prevalências de eutrofia se deram no sexo feminino, entre os estudantes do 2º e 3º ano, e do turno vespertino. As duas primeiras faixas etárias apresentaram valor igual na prevalência de eutrofia. Analisando a prevalência de baixo peso, destaque para o sexo feminino, duas primeiras faixas etárias (por totalizarem 5 escolares), estudantes de todos os anos escolares, excluindo-se o 3º ano. A prevalência de excesso de peso neste CEM está bastante alta, devendo ser pensada estratégia para melhorar indicadores. O valor detectado no 1º ano requer ação imediata.

CAPÍTULO 5

Avaliação do CEM José Nitro

Fizeram parte das avaliações no CEM José Nitro 134 crianças e jovens, sendo 53,0 (71) do sexo masculino e 47,0 (63) feminino. A faixa etária '9 a 11 anos' apresentou 37,5 (125) dos estudantes, seguido de '6 a 8 anos' com 40,3 (54) e '12 a 14 anos' com 2,2 (3). Quanto a distribuição segundo ano escolar, foram 17,2 (23) no primeiro ano, 12,7 (17) no segundo ano, 18,7 (25) no terceiro ano, 32,8(44) no quarto ano e 18,7 (25) no quinto ano. Avaliando o turno escolar, 46,3 (62) dos alunos estudavam de manhã e 53,7 (72) no período da tarde.

| Categorias | Estudantes | Classificação Nutricional | | | | | | | | |
|------------------|------------|---------------------------|---|------------|----|-----------|---|-----------|----|-----------------------------------|
| | | Eutrofia | | Baixo peso | | Sobrepeso | | Obesidade | | Total de peso adequado e adequado |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Por sexo | | | | | | | | | | |
| Masculino | 15 | 28,0 | 1 | 6,7 | 10 | 7,0 | 4 | 2,0 | 14 | 93,3 |
| Feminino | 18 | 35,0 | 1 | 5,6 | 6 | 3,3 | 6 | 3,0 | 8 | 44,4 |
| Por idade | | | | | | | | | | |
| 6 a 8 anos | 14 | 27,0 | 0 | 0,0 | 1 | 5,0 | 1 | 5,0 | 2 | 14,3 |
| 9 a 11 anos | 18 | 35,0 | 1 | 5,6 | 7 | 3,9 | 1 | 0,5 | 6 | 33,3 |
| 12 a 14 anos | 2 | 3,7 | 0 | 0,0 | 1 | 5,0 | 0 | 0,0 | 1 | 50,0 |
| Por ano | | | | | | | | | | |
| 1º ano | 15 | 28,0 | 0 | 0,0 | 1 | 6,7 | 7 | 4,0 | 2 | 13,3 |
| 2º ano | 18 | 35,0 | 0 | 0,0 | 1 | 5,6 | 6 | 3,0 | 3 | 16,7 |
| 3º ano | 18 | 35,0 | 0 | 0,0 | 1 | 5,6 | 1 | 0,5 | 2 | 11,1 |
| 4º ano | 17 | 32,0 | 0 | 0,0 | 5 | 29,4 | 1 | 5,9 | 7 | 41,2 |
| 5º ano | 16 | 30,0 | 1 | 6,3 | 1 | 6,3 | 4 | 25,0 | 2 | 12,5 |
| Por turno | | | | | | | | | | |
| Manhã | 13 | 24,0 | 0 | 0,0 | 3 | 23,1 | 2 | 15,4 | 5 | 38,5 |
| Vespertina | 18 | 34,0 | 2 | 11,1 | 7 | 5,7 | 2 | 15,4 | 5 | 27,8 |

De acordo com a tabela acima, o CEM José Nitro apresentou 88,8 dos escolares com peso dentro da normalidade. As maiores prevalências de eutrofia se deram no sexo feminino, entre os

estudantes do 2o, 3o e 5o ano, e do turno vespertino. As duas primeiras faixas etárias apresentaram valor similar na prevalência de eutrofia.

Analisando a prevalência de baixo peso, a única ocorrência se deu em uma escolar do sexo feminino, dentro da faixa-etária de '9 a 11 anos', pertencente ao 5o ano, do turno vespertino. Quanto ao excesso de peso, a prevalência no sexo masculino foi mais do que o dobro que a feminina. Destaque também para os escolares de 1o e 4o ano, e do turno vespertino, que apresentaram prevalências mais altas.

CAPÍTULO 6

Avaliação do CEM Morar Bem

Fizeram parte das avaliações no CEM Morar Bem 153 crianças e jovens, sendo 64,7 (99) do sexo masculino e 35,3 (54) feminino. A faixa etária '9 a 11 anos' apresentou 49,7 (76) dos estudantes, seguido de '6 a 8 anos' com 45,8 (70) e '12 a 14 anos' com 4,6 (7). Quanto a distribuição segundo ano escolar, foram 13,7 (21) no primeiro ano, 19,0 (29) no segundo ano, 28,8 (44) no terceiro ano, 26,7 (41) no quarto ano e 11,8 (18) no quinto ano. Avaliando o turno escolar, 11,8 (18) dos alunos estudavam de manhã e 88,2 (135) no período da tarde.

Fizeram parte das avaliações no CEM Morar Bem 153 crianças e jovens, sendo 64,7 (99) do sexo masculino e 35,3 (54) feminino. A faixa etária '9 a 11 anos' apresentou 49,7 (76) dos estudantes, seguido de '6 a 8 anos' com 45,8 (70) e '12 a 14 anos' com 4,6 (7). Quanto a distribuição segundo ano escolar, foram 13,7 (21) no primeiro ano, 19,0 (29) no segundo ano, 28,8 (44) no terceiro ano,

26,7 (41) no quarto ano e 11,8 (18) no quinto ano. Avaliando o turno escolar, 11,8 (18) dos alunos estudavam de manhã e 88,2 (135) no período da tarde.

| Categorias | Estudantes | Classificação Nutricional | | | | | | | | |
|------------------|------------|---------------------------|---|------------|----|-----------|---|-----------|----|-----------------------------------|
| | | Eutrofia | | Baixo peso | | Sobrepeso | | Obesidade | | Total de peso adequado e adequado |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Por sexo | | | | | | | | | | |
| Masculino | 46 | 85,0 | 1 | 1,8 | 4 | 7,4 | 3 | 5,6 | 7 | 12,9 |
| Feminino | 61 | 81,0 | 2 | 3,3 | 4 | 6,6 | 3 | 5,0 | 15 | 24,6 |
| Por idade | | | | | | | | | | |
| 6 a 8 anos | 69 | 85,0 | 2 | 2,9 | 5 | 7,1 | 3 | 4,0 | 13 | 18,8 |
| 9 a 11 anos | 63 | 81,0 | 1 | 1,6 | 11 | 17,5 | 1 | 1,3 | 10 | 15,9 |
| 12 a 14 anos | 5 | 37,5 | 0 | 0,0 | 2 | 25,0 | 1 | 12,5 | 1 | 12,5 |
| Por ano | | | | | | | | | | |
| 1º ano | 17 | 85,0 | 1 | 5,9 | 1 | 5,9 | 0 | 0,0 | 1 | 5,9 |
| 2º ano | 19 | 85,0 | 1 | 5,3 | 2 | 10,5 | 1 | 5,3 | 3 | 15,8 |
| 3º ano | 28 | 85,0 | 1 | 3,6 | 3 | 10,7 | 2 | 7,1 | 6 | 21,4 |
| 4º ano | 26 | 85,0 | 0 | 0,0 | 7 | 26,9 | 3 | 11,5 | 10 | 38,5 |
| 5º ano | 19 | 72,0 | 0 | 0,0 | 2 | 10,5 | 2 | 10,5 | 7 | 26,2 |
| Por turno | | | | | | | | | | |
| Manhã | 11 | 75,0 | 0 | 0,0 | 1 | 7,1 | 1 | 7,1 | 2 | 14,3 |
| Vespertina | 113 | 85,0 | 2 | 1,8 | 7 | 6,2 | 5 | 4,5 | 15 | 13,5 |

De acordo com a tabela acima, o CEM Morar Bem apresentou 83,0 dos escolares com peso dentro da normalidade. As maiores prevalências de eutrofia se deram no sexo feminino, de 6 a 8 anos, entre os estudantes do 1o e 2o ano e do turno vespertino.

Analisando a prevalência de baixo peso, foram 3 ocorrências cuja distribuição se deu nos 1o, 2o e 3o ano escolar, todas no turno vespertino. Quanto ao excesso de peso, a prevalência foi maior entre escolares do sexo masculino, entre os mais velhos, à medida que avançam os anos de estudo e no turno matutino. Enquanto o 1o ano apresentou prevalência para excesso de peso quase 4 vezes menor que a média do CEM, o 5o ano teve prevalência de 22,2%, mesma dos escolares que estudavam no período vespertino.

CAPÍTULO 7

Avaliação do CEM Renascer

Fizeram parte das avaliações no CEM Renascer 125 crianças e jovens, sendo 52,8 (56) do sexo masculino e 47,2 (59) feminino. A faixa etária '6 a 8 anos' apresentou 54,4 (58) dos estudantes avaliados, ficando a faixa etária de '9 a 11 anos' com 45,6 (57). Quanto a distribuição segundo ano escolar, foram 23,2 (29) no primeiro ano, 17,6 (22) no segundo ano, 19,2 (24) no terceiro ano, 26,4 (33) no quarto ano e 13,6 (17) no quinto ano. Avaliando o turno escolar, 8,0 (10) dos alunos estudavam de manhã e 92,0 (115) no período da tarde.

| Vidaletés | Classificação Nutricional | | | | | | | | | | Número de peso (casos) e obesidade |
|-------------------------------|---------------------------|-------|-----------|-------|-----------|-------|--|-------|----|-------|---------------------------------------|
| | Baixa | | Sobrepeso | | Obesidade | | Excesso de peso (casos) e obesidade | | | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | | | |
| População da população | 103 | 17,43 | 5 | 4,85 | 14 | 13,70 | 7 | 6,80 | 17 | 17,38 | |
| Sexo | | | | | | | | | | | |
| Feminino | 49 | 32,10 | 2 | 2,04 | 7 | 14,28 | 4 | 8,16 | 7 | 14,28 | |
| Masculino | 54 | 33,82 | 3 | 5,56 | 7 | 12,96 | 3 | 5,56 | 10 | 18,52 | |
| Faixa etária | | | | | | | | | | | |
| 6-8 | 35 | 30,48 | 1 | 2,86 | 7 | 19,72 | 3 | 8,57 | 6 | 17,14 | |
| 9-11 | 45 | 36,21 | 1 | 2,22 | 7 | 15,56 | 3 | 6,67 | 6 | 13,33 | |
| 12-14 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Anos escolares | | | | | | | | | | | |
| 1º ano | 15 | 9,11 | 3 | 19,38 | 1 | 6,67 | 1 | 6,67 | 1 | 6,67 | |
| 2º ano | 20 | 30,30 | 1 | 4,35 | 7 | 35,00 | 4 | 20,00 | 7 | 35,00 | |
| 3º ano | 20 | 32,25 | 0 | 0,00 | 1 | 5,00 | 3 | 15,00 | 4 | 20,00 | |
| 4º ano | 17 | 31,82 | 1 | 5,88 | 4 | 23,53 | 3 | 17,65 | 5 | 29,41 | |
| 5º ano | 31 | 32,65 | 0 | 0,00 | 1 | 3,23 | 4 | 12,90 | 1 | 3,23 | |
| Turma escolar | | | | | | | | | | | |
| Matutino | 47 | 30,03 | 1 | 2,13 | 7 | 14,89 | 4 | 8,51 | 7 | 14,89 | |
| Vespertino | 56 | 34,33 | 4 | 7,14 | 7 | 12,50 | 3 | 5,36 | 10 | 17,86 | |

De acordo com a tabela acima, o CEM Renascer apresentou 82,4 dos escolares com peso dentro da normalidade. As maiores prevalências de eutrofia se deram no sexo feminino, na faixa etária de 9 a 11 anos, entre os estudantes do 2º ano e do turno vespertino.

Analisando a prevalência de baixo peso, foram 5 ocorrências cuja distribuição se deu nos 10, 2º e 3º ano escolar, todas no turno vespertino. Quanto ao excesso de peso, a prevalência foi maior entre escolares do sexo masculino, nos escolares mais avançados e no turno vespertino. Enquanto o 1º e 2º ano apresentaram prevalência para excesso de peso abaixo da média do CEM, os demais anos escolares superaram a média. O 2º e 5º ano não apresentaram ocorrência de obesidade.

CAPÍTULO 8

Avaliação do CEM Solemar

Fizeram parte das avaliações no CEM Solemar 115 crianças e jovens, sendo 59,1 (58) do sexo masculino e 40,9 (47) feminino. A faixa etária 6 a 8 anos apresentou 49,6 (57) dos estudantes avaliados, ficando a faixa etária de 9 a 11 anos com 42,6 (49) e 7,8 (9) para a faixa etária de 12 a 14 anos. Quanto a distribuição segundo ano escolar, foram 19,1 (22) no primeiro e segundo ano, 18,3 (21) no terceiro ano, 20,0 (23) no quarto ano e 23,5 (27) no quinto ano. Avaliando o turno escolar, 76,5 (88) dos alunos estudavam de manhã e 23,5 (27) no período da tarde.

| Vidaletés | Classificação Nutricional | | | | | | | | | | Número de peso (casos) e obesidade |
|-------------------------------|---------------------------|-------|-----------|-------|-----------|-------|--|-------|----|-------|---------------------------------------|
| | Baixa | | Sobrepeso | | Obesidade | | Excesso de peso (casos) e obesidade | | | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | | | |
| População da população | 115 | 30,52 | 7 | 6,09 | 15 | 13,04 | 7 | 6,09 | 25 | 21,74 | |
| Sexo | | | | | | | | | | | |
| Masculino | 57 | 29,34 | 3 | 5,26 | 8 | 14,04 | 7 | 12,28 | 7 | 12,28 | |
| Feminino | 58 | 31,08 | 4 | 6,90 | 7 | 12,10 | 0 | 0,00 | 18 | 31,08 | |
| Faixa etária | | | | | | | | | | | |
| 6-8 | 45 | 34,71 | 1 | 2,22 | 7 | 15,56 | 3 | 6,67 | 5 | 11,11 | |
| 9-11 | 52 | 33,33 | 2 | 3,85 | 5 | 9,62 | 4 | 7,69 | 13 | 25,00 | |
| 12-14 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | |
| Anos escolares | | | | | | | | | | | |
| 1º ano | 16 | 30,30 | 0 | 0,00 | 2 | 10,00 | 1 | 5,00 | 1 | 5,00 | |
| 2º ano | 17 | 31,27 | 1 | 5,88 | 4 | 23,53 | 1 | 5,88 | 4 | 23,53 | |
| 3º ano | 18 | 31,76 | 1 | 5,62 | 5 | 27,78 | 4 | 22,22 | 7 | 38,89 | |
| 4º ano | 15 | 31,25 | 1 | 6,67 | 5 | 33,33 | 1 | 6,67 | 5 | 33,33 | |
| 5º ano | 18 | 30,33 | 1 | 5,56 | 3 | 16,67 | 1 | 5,56 | 7 | 38,89 | |
| Turma escolar | | | | | | | | | | | |
| Matutino | 63 | 30,48 | 1 | 1,59 | 14 | 22,22 | 4 | 6,33 | 15 | 23,81 | |
| Vespertino | 52 | 30,52 | 6 | 11,54 | 11 | 21,15 | 3 | 5,77 | 10 | 19,23 | |

De acordo com a tabela acima, o CEM Solemar apresentou 76,5 dos escolares com peso dentro da normalidade. As maiores prevalências de eutrofia se deram no sexo feminino, na faixa etária de 6 a 8 anos (desconsiderou-se a faixa de 12 a 14 anos por serem poucos escolares), entre os estudantes de 1º e 3º ano e do turno matutino.

Analisando a prevalência de baixo peso, foram 2 ocorrências cuja distribuição se deu nos 4º e 5º ano escolar, no faixa etária de 9 a 11 anos. Quanto ao excesso de peso, a prevalência foi maior entre escolares do sexo masculino, nos escolares do 4º ano e do turno vespertino. A prevalência de excesso de peso neste CEM está bastante alta, devendo ser pensada estratégia para melhorar indicadores.

CAPÍTULO 9

Avaliação do CEM Wilson Kleinübing

Fizeram parte das avaliações no CEM Wilson Kleinübing 340 crianças e jovens, sendo 48,8 (166) do sexo masculino e 51,2 (174) feminino. A faixa etária 6 a 8 anos apresentou 45,9 (156) dos estudantes avaliados, ficando a faixa etária de 9 a 11 anos com 48,8 (166) e 5,3 (18) para a faixa etária de 12 a 14 anos. Quanto a distribuição segundo ano escolar, foram 16,5 (56) no primeiro ano, 18,5 (63) no segundo ano, 20,9 (71) no terceiro ano, 21,5 (73) no quarto ano e 22,6 (77) no quinto ano. Avaliando o turno escolar, 34,7 (118) dos alunos estudavam de manhã e 65,3 (222) no período da tarde.

| Vidaletés | Classificação Nutricional | | | | | | | | | | Número de peso (casos) e obesidade |
|-------------------------------|---------------------------|-------|-----------|------|-----------|-------|--|-------|----|-------|---------------------------------------|
| | Baixa | | Sobrepeso | | Obesidade | | Excesso de peso (casos) e obesidade | | | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | | | |
| População da população | 340 | 40,71 | 7 | 2,06 | 30 | 8,82 | 37 | 10,88 | 45 | 13,24 | |
| Sexo | | | | | | | | | | | |
| Masculino | 168 | 35,36 | 3 | 1,79 | 17 | 10,12 | 7 | 4,17 | 25 | 14,88 | |
| Feminino | 172 | 40,19 | 4 | 2,33 | 13 | 7,56 | 30 | 17,33 | 20 | 11,63 | |
| Faixa etária | | | | | | | | | | | |
| 6-8 | 157 | 46,18 | 1 | 0,64 | 16 | 10,19 | 10 | 6,43 | 21 | 13,40 | |
| 9-11 | 133 | 31,76 | 2 | 1,50 | 14 | 10,52 | 9 | 6,76 | 20 | 15,04 | |
| 12-14 | 50 | 14,71 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | |
| Anos escolares | | | | | | | | | | | |
| 1º ano | 45 | 13,24 | 2 | 5,56 | 1 | 2,78 | 0 | 0,00 | 3 | 8,57 | |
| 2º ano | 28 | 8,24 | 1 | 2,78 | 1 | 2,78 | 2 | 5,56 | 5 | 14,29 | |
| 3º ano | 38 | 11,18 | 1 | 2,63 | 4 | 10,53 | 7 | 18,42 | 13 | 34,21 | |
| 4º ano | 41 | 12,06 | 3 | 7,32 | 10 | 24,39 | 1 | 2,44 | 11 | 26,83 | |
| 5º ano | 37 | 10,71 | 2 | 5,41 | 8 | 21,62 | 1 | 2,70 | 10 | 27,03 | |
| Turma escolar | | | | | | | | | | | |
| Matutino | 107 | 31,36 | 0 | 0,00 | 7 | 20,59 | 6 | 17,65 | 17 | 50,71 | |
| Vespertino | 193 | 56,35 | 7 | 2,06 | 23 | 6,76 | 31 | 9,12 | 28 | 8,24 | |

De acordo com a tabela acima, o Wilson Kleinübing apresentou 84,7 dos escolares com peso dentro da normalidade. A prevalência de eutrofia se deu de maneira equilibrada entre os sexos e turno escolar. Todas as faixas etárias apresentaram valor superior a 82. O 2º ano escolar apresentou maior prevalência (92,0).

Analisando a prevalência de baixo peso, foram 3 ocorrências cuja distribuição se deu no 1º, 4º e 5º ano escolar, todas no turno vespertino. Quanto ao excesso de peso e obesidade, a prevalência foi maior entre escolares do sexo masculino, do 1º e 3º ano. O 4º ano apresentou maior prevalência de sobrepeso (13,7). O 2º ano apresentou a menor prevalência de excesso de peso.

CAPÍTULO 10

Construindo estratégias

A partir da avaliação do perfil nutricional dos escolares das escolas municipais credenciadas no Programa Saúde na Escola, o próximo passo é planejar as ações que serão necessárias em cada contexto.

É muito importante que a construção das alternativas propostas seja realizada com a participação dos stakeholders, oportunizando um impacto mais efetivo aos escolares e uma eficiência maior das ações por parte da Prefeitura Municipal de São José.

São secretarias importantes neste contexto a da Saúde, Educação, Assistência Social e Esporte. É importante enfatizar que apesar da avaliação ocorrer na escola, estamos lidando com um aspecto muito maior, que é a saúde da população josefense. Contudo, a intervenção, para ser resolutive, necessitará de estratégias nos seguintes aspectos:

Culturais: Certamente o eixo mais complexo, pode contar com ações de conscientização voltadas para os escolares, para os pais e para os profissionais que estarão relacionadas aos escolares (para que se tornem multiplicadores da estratégia). É cabível lembrar que o professor de Educação Física é um profissional da saúde dentro do contexto escolar, devendo ser envolvido com protagonismo nesta estratégia. Outras disciplinas devem incorporar o cuidado com a saúde nas aulas.

Normativos: Buscam direcionar ações de cunho normativo a uma cultura de hábitos saudáveis na comunidade e seus espaços. São exemplos a adequação da merenda fornecida pela escola, a adequação dos itens da Cesta Básica distribuída para as famílias em estado de vulnerabilidade no município, entre outras.

Assistenciais: São as ações realizadas pelos profissionais de saúde do município, devendo ocorrer de maneira articulada com a escola.

Contexto: São ações que visam contribuir para um contexto favorável no entorno escolar. A identificação de estabelecimentos comerciais que ofertam alimentos danosos nas proximidades da área escolar e a negociação com comerciantes para melhoria da qualidade dos alimentos ofertados são alguns exemplos. A Secretaria de Desenvolvimento Econômico pode ser envolvida neste contexto.

Considerações finais

A realização de ações voltadas para a saúde dos escolares do município é algo de extrema importância. Articular diferentes secretarias para este trabalho torna a proposta ainda mais oportuna, pois é possível se obter uma maior eficiência e eficácia das ações realizadas pelo setor público à sociedade.

Um ponto que deve ser levado em consideração é o quanto fundamental é a continuidade das propostas que serão realizadas. Recomenda-se que a avaliação nutricional dos escolares do município seja realizada com periodicidade mínima de 1 ano (idealmente semestral), para que as intervenções estejam sempre pautadas em evidências, oportunizando um serviço de qualidade para toda a sociedade josefense.

Acrescenta-se ainda que, mesmo que os desdobramentos da avaliação e das ações aqui propostas aparentemente demonstrem em aumento de demanda e custos ao município, inúmeros estudos e evidências científicas apontam para a economia gerada em ações de promoção de saúde. A obesidade é fator de risco para uma série de doenças crônicas, cujos custos assistenciais e de tratamento são exponencialmente maiores quando comparados ao investimento em promoção de saúde. Trabalhar ações com foco na infância permite a construção de hábitos culturais positivos para a saúde, repercutindo em menores prevalências de doenças crônicas no futuro e conseqüentemente menores gastos em saúde.

A Secretaria de Saúde do município de São José reforça a importância da manutenção do que estamos começando aqui, nos colocando à disposição para que o melhor seja oferecido às crianças e jovens de São José.

