

-  Mariana Zogbi Jardim¹
 Raquel de Deus Mendonça²
 Larissa Morelli Ferraz
Guimarães¹
 Lucas Daniel Sanches³
 Luana Lara Rocha¹
 Emanuely Porto Oliveira¹
 Larissa Loures Mendes¹

¹ Universidade Federal de Minas Gerais , Escola de Enfermagem. Belo Horizonte, MG, Brasil.

² Universidade Federal de Ouro Preto , Escola de Nutrição. Ouro Preto, MG, Brasil.

³ Universidade Federal de São Paulo , Instituto de Saúde e Sociedade. Santos, SP, Brasil.

Financiamento: Estudo financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Edital número 27/2020; Fundação MAPFRE.

Correspondência
Mariana Zogbi Jardim
zogbij@gmail.com

Editora Associada
 Érika Cardoso dos Reis

Potencialidades e fragilidades do manejo da obesidade infantil na perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde

Potentials and weaknesses in childhood obesity management from the Primary Health Care professionals' perspective

Resumo

Introdução: Na Atenção Primária à Saúde (APS), os desafios do manejo da obesidade podem estar relacionados a múltiplos fatores. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho é identificar potencialidades e fragilidades do manejo da obesidade infantil na APS do município de Betim, MG. **Métodos:** Pesquisa descritiva e qualitativa em que foram realizados três grupos focais em formato de videoconferência. Os participantes receberam um formulário *on-line* com perguntas sobre características sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade) e da atuação profissional (profissão, tipo de contrato, jornada de trabalho e tempo de atuação). Foi utilizado roteiro de condução por dois pesquisadores treinados, com dez questões. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas utilizando-se da Análise de Conteúdo. **Resultados:** Participaram 14 profissionais, 78,5% do sexo feminino, com mediana de idade de 38 anos, a maioria profissionais de educação física (42,8%). Foram identificadas sete categorias e oito subcategorias no manejo da obesidade infantil e consideradas 60 fragilidades e 20 potencialidades. A subcategoria "Processos de trabalho" apareceu em maior número de vezes como fragilidade (n=30). Quanto às potencialidades, "Escola: espaço de promoção da saúde" foi vista como uma importante categoria (n=9), por ser um local de promoção da alimentação adequada e saudável. **Conclusão:** Sob a perspectiva dos profissionais da APS, a escola foi considerada potencialmente efetiva para o manejo da obesidade infantil.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Obesidade Infantil. Saúde Pública. Pesquisa Qualitativa.

Abstract

Introduction: Obesity-management challenges faced in Primary Health Care (PHC) can be associated with multiple factors. **Aim:** Identifying the potential and weaknesses in childhood obesity-management processes in the PHC service of Betim County, MG. **Methodology:** Descriptive and qualitative research based on three focus groups carried out in videoconference format. Participants received an online form comprising questions about their sociodemographic data (sex, age and schooling) and professional performance (profession, hiring type, working hours and time working in PHC). Two trained researchers used a guiding script with ten questions. Interviews were recorded, transcribed and analyzed based on Content Analysis. **Results:** In total, 14 professionals participated in the study, 78.5% of them belonged to the female sex, their median age was 38 years and most of them were physical education professionals (42.8%). Seven categories and eight subcategories in childhood obesity

management were identified; 60 weaknesses and 20 potentials were taken into consideration. Subcategory "Work processes" was the one mostly seen as weakness (n=30). With respect to potentials, "School: health promotion space" was seen as important category (n=9), since school is one of the places for proper and healthy eating promotion. **Conclusion:** From PHC professionals' perspective, the school is potentially effective in managing childhood obesity.

Keywords: Primary Health Care. Childhood Obesity. Public health. Qualitative research.

INTRODUÇÃO

O aumento da prevalência de obesidade em crianças e adolescentes tem sido um problema de saúde pública no Brasil e no mundo.¹ Estima-se que, no Brasil, 34% das crianças e adolescentes entre 0 a 19 anos estejam com excesso de peso.^{2,3} Segundo dados sobre a situação do excesso de peso, da obesidade e o consumo alimentar não saudável em crianças brasileiras acompanhadas na Atenção Primária à Saúde (APS), caso não seja tomada nenhuma providência, a chance de reverter a atual situação é de apenas 2%.⁴

Considerando que na APS deve haver o primeiro contato do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS), a qualificação profissional e a implementação de medidas intersetoriais efetivas tornam-se importantes para a atenção integral à saúde, no combate às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).¹ Por se tratar de um problema multicausal que envolve fatores genéticos, psicossociais, nutricionais e comportamentais,⁵ deve-se considerar múltiplos componentes para a prevenção e/ou tratamento da obesidade infantil, integrando o ambiente no qual essas crianças se encontram inseridas.¹

A implementação de novos processos de trabalho que considerem múltiplos componentes é essencial para a compreensão e criação de abordagens do manejo da obesidade infantil no SUS. Assim, o objetivo deste trabalho é identificar potencialidades e fragilidades do manejo da obesidade infantil, na perspectiva dos profissionais da APS do município de Betim-MG, de modo a entender quão são os processos de trabalho das equipes e se estes envolvem o manejo da obesidade infantil, além de buscar compreender as (in)viabilidades para a execução de ação com foco em múltiplos componentes.

MÉTODOS

Trata-se de pesquisa descritiva, de natureza qualitativa, realizada na cidade de Betim, MG, como parte do estudo intitulado “Manejo da obesidade infantil no contexto da Atenção Primária à Saúde: uma abordagem baseada na intervenção intensiva de múltiplos componentes”, aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, sob número CAAE 39508720.6.0000.5149.

Betim é parte da região metropolitana de Belo Horizonte e possui uma área territorial de 343,884 km², um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,749 e uma população de 378.089 habitantes,⁶ sendo 34,2% crianças e jovens; 58,7% adultos e 7,1% idosos. No âmbito da APS, Betim possui 37 Unidades Básicas de Saúde (UBS), distribuídas em nove regionais administrativas.⁷

A fim de se construir protocolos para o tratamento de crianças de 6 a 10 anos com obesidade, atendidas no âmbito da APS do município, foram realizados três grupos focais com os profissionais. Os grupos foram realizados no mesmo dia, no mês de novembro de 2021, em três horários diferentes (2 horários pela manhã e 1 horário à tarde), a fim de se atender às demandas dos profissionais. A escolha da técnica de pesquisa deve-se à pertinência na pesquisa avaliativa,⁸ em estudos de análises de implantação de programas e ações de saúde em que se objetiva apreender opiniões e percepções de sujeitos diretamente envolvidos com o objeto a ser avaliado.

Constituiu-se uma amostra de conveniência, em que 23 profissionais foram convidados a participar, sendo eles médicos (n=3), psicólogos (n=2), profissionais de educação física (n=5), enfermeiros (n=5) e todos os nutricionistas que atendiam na APS (n=8). A composição do grupo se deu mediante disponibilidade de horário do profissional. Para o recrutamento, foram enviadas cartas-convite no formato *on-line*, por WhatsApp, a todos os profissionais que atuavam na APS, na qual o tema da conversa e o tempo (60 a 90 minutos) foram especificados. Os interessados se inscreviam por meio de um formulário disponibilizado no

Google Forms. Os participantes receberam lembretes no dia anterior, por mensagem, a fim de minimizar perdas.

A técnica de coleta foi aplicada em formato de videoconferência, por meio da plataforma Zoom. Esse formato foi escolhido devido à pandemia da Covid-19 e à restrição de contato físico; além disso, essa modalidade fomenta o avanço das tecnologias e a facilidade de acesso aos recursos, com ampla cobertura geográfica, arquivamento seguro de dados, baixo custo, minimização do efeito da influência de grupos e possível anonimato.⁹

Antes de iniciar a entrevista em grupo, houve uma apresentação do moderador e de seu assistente, esclarecendo a intenção do trabalho e a importância da gravação do encontro, ratificando que não havia resposta certa ou errada. A fim de minimizar a limitação inerente à técnica, relacionada à possibilidade de interferência dos moderadores quanto aos juízos de valores, foram designados dois experientes pesquisadores externos, que não tinham relações prévias estabelecidas com os profissionais da APS antes da entrevista. O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), foi lido e validado *on-line*, com os participantes. Também foi encaminhado um formulário *on-line* com perguntas sobre características sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade) e da atuação profissional (profissão, tipo de contrato, jornada de trabalho e tempo de atuação). Um roteiro para guiar a discussão foi construído por três pesquisadoras do Grupo de Estudos, Pesquisas e Práticas em Ambiente Alimentar e Saúde (GEPPAAS), com base em questões pautadas na literatura, como o aumento da prevalência de obesidade, assim como as diversas mudanças na sociedade, no ambiente (político, econômico, social, cultural), para além do indivíduo e suas escolhas.¹⁰ O roteiro consistia de questões (n=10) centrais e secundárias que convergiam para o objetivo central da pesquisa,¹¹ a fim de permitir flexibilidade com registro dos temas abordados e evitar respostas conclusivas que não estimulassem a discussão (como sim e não).⁸ O roteiro desenvolvido está apresentado em material suplementar.

Análise dos dados

As entrevistas foram gravadas pela própria plataforma *on-line* Zoom, e transcritas na íntegra por profissional habilitado e conferidas pelos pesquisadores. Com objetivo de prezar pelo sigilo da identidade do moderador, do profissional de saúde e dos locais de trabalho, à medida que estes eram citados na transcrição, os códigos M. (moderador), P. (profissional de saúde) e L. (locais de trabalho) eram utilizados. Todos os profissionais de saúde que respondiam às questões propostas pelos moderadores foram previamente identificados com a letra A e um número sequencial conforme as falas apareciam nas entrevistas.

Para análise e interpretação dos dados, utilizou-se a Análise de Conteúdo,¹² definida como um conjunto de técnicas de análises de comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Foi utilizada análise temática considerando a importância dos núcleos de sentido, procedendo-se assim conforme as etapas a seguir, preconizadas por Bardin: pré-análise; exploração do material e tratamento; inferência e interpretação dos dados.¹²

A pré-análise é considerada a fase de organização do material. Para isso, foram construídas categorias/temas a partir de expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala foi organizado. Desta forma, *a priori*, não foram utilizadas categorias definidas – todas as categorias surgiram a partir das falas transcritas dos participantes. Na segunda etapa, foi desenvolvido o guia de códigos, recurso que facilita e agrega rigor ao processo de codificação e análise, composto pelos códigos, seus significados, descrições e regras de como deverão ser aplicados.

Para minimizar a limitação inerente ao método, relacionada à divergência de interpretação inter-avaliadores, a concordância foi avaliada por meio do coeficiente de Kappa (GraphPad Software, Inc. [*on-line*]), que descreve a intensidade da concordância entre dois ou mais avaliadores, com base no número de respostas concordantes/discordantes. Na terceira e última etapa, houve caracterização dos temas, a proposição das inferências e a realização das interpretações.¹³

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 apresenta o descritivo e as características profissionais dos participantes dos grupos focais. Foram realizados três grupos, compostos pelos profissionais das UBS de Betim, MG. Mais da metade (78,57%) dos participantes era do sexo feminino, com mediana de idade de 38 [27-50] anos. A maioria dos participantes eram profissionais de educação física (42,86%) e possuíam pós-graduação como grau máximo de formação (92,86%).

Tabela1. Descritivo e características profissionais dos participantes dos grupos. Betim-MG, 2021.

Variável	Descrição	% (n)
Total participantes		100 (14)
<i>Sexo</i>	Feminino	78,5 (11)
	Masculino	21,4 (3)
<i>Idade (anos)</i>	38[27-50] *	
<i>Profissão</i>	Profissional de Educação Física	42,8 (6)
	Médico	7,1 (1)
	Nutricionista	35,7 (5)
	Psicólogo	7,1 (1)
	Técnico de Enfermagem	7,1 (1)
<i>Formação</i>	Pós- graduação (doutorado, mestrado, especialização)	92,8 (13)
	Segundo grau	7,1 (1)
<i>Tipo de contrato</i>	Formal (CLT)	21,4 (3)
	Contrato temporário	7,1 (1)
	Estatutário/efetivo	50 (7)
	Programa Mais Médicos	7,1 (1)
	Não respondeu	14,2 (2)
<i>Jornada de trabalho (h)</i>	20	14,2 (2)
	30	7,1 (1)
	36	7,1 (1)
	40	28,5 (4)
	44	14,2 (2)
	8	7,1 (1)
	Não respondeu	21,4 (3)

Tabela1. Descritivo e características profissionais dos participantes dos grupos. Betim-MG, 2021). (Cont.)

Variável	Descrição	% (n)
<i>Tempo de atuação APS</i>	< 1 ano	14,2 (2)
	Entre 1-2 anos	14,2 (2)
	De 3 a 6 anos	35,7 (5)
	De 7 a 15 anos	21,4 (3)
	> 15 anos	14,2 (2)

* mediana da idade e valor mínimo e máximo.

Quanto ao tipo de contrato de serviço prestado pelos profissionais, metade respondeu ser estatutário/efetivo (50,00%); entretanto, 14,29% não responderam a essa questão. Quanto à jornada de trabalho, 28,57% dos profissionais relataram trabalhar por 40 horas semanais e a maioria (35,71%) atuava na APS há mais de três anos.

A análise de concordância inter-avaliadores indicou concordância de 90%, expressa pelo valor de 0,737 do coeficiente de Kappa, classificado como “concordância substancial”.¹⁴

A partir da análise do *corpus*, emergiram sete categorias relacionadas à percepção dos profissionais quanto às fragilidades, problemas e demandas frente ao manejo da obesidade infantil. Esses resultados estão resumidos no Quadro 1. Uma vez identificadas, as mesmas foram alocadas como fragilidade e/ou uma potencialidade, conforme apareciam nas falas dos profissionais no contexto do manejo da obesidade infantil. Esses dados encontram-se no Quadro 2 do material suplementar.

Quadro 1. Categorias e subcategorias identificadas de acordo com a fala dos profissionais.

CATEGORIA		SUBCATEGORIA
Reflexos da obesidade infantil	Percepção dos profissionais quanto aos resultados do não tratamento da obesidade infantil, sua multicausalidade e as repercussões na vida adulta.	Não se aplica
Repercussões da pandemia	Impacto da pandemia de COVID-19 sobre as ações desenvolvidas e a serem desenvolvidas no serviço.	Não se aplica
Serviços de saúde	Fatores que influenciam no funcionamento e efetividade do serviço.	Adesão do público infantil no serviço: Presença e participação das crianças no serviço. Processos de trabalho: Fluxos de encaminhamentos e atendimentos.
Impacto no Tratamento da Obesidade Infantil	Questões que melhoram ou dificultam a adesão ao tratamento.	Ações educativas: Desenvolvidas com o público infantil, para melhorar a adesão. Trabalho em equipe: Expectativas, percepção e experiência em relação ao trabalho. Conscientização dos pais/cuidadores: Sensibilização sobre a importância do tratamento.

Quadro 1. Categorias e subcategorias identificadas de acordo com a fala dos profissionais. (Cont.)

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	
Escola: espaço de promoção da saúde	Abordados o espaço físico, a disponibilidade de alimento e do Programa Saúde na Escola.	Não se aplica
Obesidade infantil: contexto	Multicausalidade da obesidade e o contexto no qual as crianças encontram-se inseridas.	Não se aplica
Ambiente	Características do ambiente alimentar.	<p>Acesso financeiro a alimentos: Condições econômicas dos usuários.</p> <p>Características dos espaços para atividade física: Espaços para a prática de atividade física.</p> <p>Ambiente doméstico: Correlação dos cuidadores com as crianças no ambiente em que moram.</p>

Reflexos da obesidade infantil

Trata-se de uma categoria encontrada apenas na primeira entrevista, em que o grupo era mais heterogêneo em relação às profissões/funções que eram exercidas no serviço. A mesma apresenta a percepção dos profissionais quanto aos resultados do não tratamento da obesidade infantil, sua multicausalidade e as repercussões na vida adulta (A3, A5). Essas repercussões estão correlacionadas principalmente com o desenvolvimento de DCNT e risco de doenças cardiovasculares na vida adulta, uma das principais causas de morbidade e mortalidade na população.¹⁵

A3: “[...] vai ser difícil de reverter, eu acho que essa geração vai ficar afetada, eu acho que o resto da vida, né?”

A5: “[...] com isso, a gente vê um grande crescimento de crianças obesas e conseqüentemente os futuros hipertensos, diabéticos e com doenças aí irreversíveis, que poderiam ter sido evitadas durante a infância.”

Observou-se também que, além da dificuldade de tratamento da obesidade, há um diagnóstico tardio e faltam ações de prevenção dos casos de obesidade (A1), além de ter sido uma situação agravada pela pandemia de Covid-19 (A5):

A1: “[...] o que chega pra ela conseguir acompanhar mais de perto é quando já tem sobrepeso e obesidade. [...]”.

A5: “nós estamos vendo o que aconteceu durante a pandemia, as crianças ficando obesas, futuras pessoas que vão ser, é, mais um dentro de uma unidade sobrecarregando o sistema aí com problemas que poderia ter sido evitado durante a infância [...]”.

Nesse sentido, observou-se também que o tratamento pontual e o não acompanhamento do paciente na rede impactam negativamente no sucesso do tratamento da obesidade e na mudança do estilo de vida (A2).

A2: “[...] aí eu penso: o atendimento médico deficitário, pontual, né, que foi durante muito tempo que a gente não tinha Saúde da Família. A rotatividade enorme dos profissionais de saúde, então tem... na hora que chega um que começa engajar, que cê começa a tratar, a

peessoa, é, longitudinalmente, aí pá, cai tudo. A gente tem muito empecilho, infelizmente tudo o que a gente faz são atendimentos pontuais, o que é triste, desanimador [...]”.

Repercussões da pandemia

Essa categoria esteve presente em todas as entrevistas e diz respeito ao impacto da pandemia de Covid-19 sobre as ações desenvolvidas e a serem desenvolvidas no serviço, nos hábitos e nas condições de trabalho dos usuários do sistema do SUS. Nas falas, é possível perceber a piora da condição financeira dos atendidos e o aumento da ansiedade nas crianças devido à falta de interação social e suspensão das atividades coletivas (A1). Esses relatos vão ao encontro de estudos que avaliaram os desafios para a prevenção e tratamento da obesidade infantil em relação à COVID-19, revelando outros desafios para o manejo da obesidade infantil, no que tange à infraestrutura inadequada para comunicação e cuidado virtuais nas UBS.^{16,17}

A1: “[...] acho que antes da pandemia eu já tava ouvindo isso e talvez agora só piorou muito, é... é questão de dinheiro mesmo, sabe? É... algumas crianças eu acho que eu tenho percebido ansiedade aumentada, porque misturou isso tudo na pandemia, né, falta de escola, interação social, brincadeira na rua, e... e as próprias coisas que tinham, [...] pensando em atividades coletivas pras crianças, né, em CRAS, enfim, várias outras coisas, tudo coletivo fechou[...]”.

Entretanto, na tentativa de manter o contato com as famílias, atividades *on-line* durante a pandemia e a retomada aos poucos com o retorno por encaminhamento de maneira individual foram estabelecidas, visto o grande desafio na retomada das atividades presenciais (A3; A11).

A3: “[...]eu acho que esse momento de retomada vai ser muito dificultoso, né? [...]. Então, é... a gente tá saindo dessa pandemia, a gente teve a liberação pra grupos, né, pra atividade coletiva por agora, [em pouquinho tempo], e a gente tentou desenvolver, nesse período de pandemia, atividades físicas online.”

A11: “[...] o centro de saúde ainda está muito voltado às ações da pandemia, vacina, o acolhimento de algumas unidades tá mais restrito. É... então falar que essa população [com obesidade] está chegando, ainda não está chegando em grande volume neste período, né, é, pós-pandemia, que os atendimentos voltaram ao normal.”

Serviços de saúde

O serviço executado por esses profissionais, é impactado por diversos fatores sejam eles internos ou externos. Assim, emergiram da percepção do funcionamento do serviço duas subcategorias que compreendem a adesão do público infantil no serviço de saúde e os processos de trabalho. As mesmas influenciam não só a forma como o serviço funciona, mas também sua efetividade.

- **Adesão do público infantil ao serviço**

A presença e participação das crianças no serviço e as questões que influenciam tal adesão nas ações desenvolvidas para o público infantil caracterizam essa subcategoria. A partir dos relatos, observou-se que a busca dos cuidadores para atendimento das crianças no serviço é decorrente de fase aguda de alguma doença, não sendo a obesidade um motivo de procura, como pôde ser observado nas falas dos profissionais durante a entrevista.

A2: “É... eu acho que eu notei é, assim, que as criança tão indo pouco aqui no posto pra... assim, coisa simples, elas tão indo mais, assim, com doença mesmo, é, assim, nã... assim, com acometimento mesmo. Porque antes as mães levavam as crianças pra: “ah, eu quero fazer um controle”, alguma coisa assim, agora as criança já chega com alguma... né, questão respiratória, [ou com alguma questão relacionada] [...]”

A10: “[...] tem pouca procura e muitas crianças obesas, e a maior dificuldade é de os pais trazerem os filhos para as minhas atividades.”

Foi relatado, quanto às ações voltadas para o público infantil, que a participação das crianças tende a ser baixa, uma vez que elas dependem de outras pessoas para levá-las à UBS. Dhaliwal e colaboradores,¹⁸ ao explorarem as razões pelas quais os cuidadores tendem a descontinuar os cuidados para o manejo da obesidade infantil, observaram que a falta de progresso do tratamento, a falta de apoio familiar e de motivação das crianças, além de fatores logísticos como a distância e custos financeiros, são capazes de contribuir para a falta de sucesso no tratamento da obesidade.

Em nosso estudo, os profissionais relataram que as ações realizadas na APS para o manejo da obesidade acontecem em horário comercial e muitas vezes coincidem com o horário da escola. Outro ponto ressaltado é em relação à apropriação da obesidade como algo a ser abordado e tratado na UBS.

A3: “[...]Um dos maiores problemas que eu tenho, é, pela participação de criança, é o pai [poder] levar a criança, porque os grupos acontecem no horário comercial, então ou é um horário que a criança tá na escola [...]”.

A1: “[...] então, quando a gente pensa em promover saúde, ou prevenir alguma coisa talvez que possa acontecer lá na frente, infelizmente hoje a gente não vê muita adesão dos pais [...]”.

- **Processos de trabalho**

Processos de trabalho são a forma como o trabalho é organizado, assim como os fatores que interferem no mesmo, impactando no funcionamento do serviço. Com o relato dos profissionais, houve compreensão de como eram realizados os fluxos de encaminhamentos e atendimentos do serviço, assim como os fatores que interferem nesse processo.

Na discussão quanto aos fluxos de encaminhamento, as falas expressaram a demanda do tratamento agudo que suprime ações de promoção da saúde, a estruturação do serviço, assim como a rotatividade da estrutura do serviço (profissional, gestor) que impedem uma continuidade do trabalho. O atendimento das crianças pelo profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) provém do encaminhamento feito após avaliação antropométrica realizada no programa Saúde na Escola ou após o acolhimento da equipe de Saúde da Família (A11).

A11: “[...] ou ela vem da avaliação antropométrica realizada no PSE, ou ela vem após o acolhimento da equipe de Saúde da Família. Então aí a gente vai, identifica a idade pra pôr uma idade mais próxima, e aí são formados os grupos.”

As agendas são organizadas com as demandas mensais e não há priorização do público infantil. Quando se trata do profissional nutricionista, essas são comprometidas principalmente com atendimento de visitas domiciliares e renovação de dieta, há grupos específicos quando há demanda, que não é alta entre o público infantil. Verificou-se também que não há fluxo no atendimento/tratamento da obesidade infantil na rede, nem uma avaliação padronizada (A11). Quando há acompanhamento contínuo, utiliza-se da antropometria e mudança de hábitos alimentares para que haja uma reavaliação da criança/ entretanto, ações pontuais foram mencionadas como não eficazes (A14).

A11: “[...] a gente nunca padronizou a forma de abordagem da obesidade infantil, então cada nutricionista na sua regional, no seu NASF, cria estratégias para o atendimento de qualquer público [...]”

A14: “[...] então, as ações pontuais talvez não tragam tanto benefício quanto as ações contínuas, essa era uma... uma dificuldade que a gente tinha. [...]”

Quanto à estrutura para atender as crianças com obesidade infantil, foi colocado que faltam estratégias e material para trabalhar. Outros estudos mostram que a eficácia no tratamento da obesidade infantil depende de uma abordagem de maneira integrada que inclua a sensibilização dos profissionais de saúde, dos cuidadores e das crianças para o problema da obesidade, além de considerar questões sociais e estruturais das UBS e das famílias atendidas.¹⁹⁻²¹

A3: “[...] então, assim, não tem como eu não te falar que a gente tem dificuldade de espaço, que a gente tem dificuldade de material, essas coisinhas que são básicas, né, que a gente acaba tendo que reinventar o tempo todo, sabe?”

A estrutura e as condições do trabalho que englobam as particularidades do território das UBS afetam a atuação dos profissionais no que tange à falta de espaço físico, a violência do local, o interesse do poder público nas ações de promoção de saúde e até mesmo o modelo médico centrado, que prejudica a forma como o paciente percebe as ações de educação em saúde e que são capazes de impactar no tratamento e manejo da obesidade infantil.²²

Impacto no tratamento da obesidade infantil

Emergiram, nas falas, questões que impactam o tratamento da obesidade infantil. Assim, foi possível identificar as questões que melhoram ou dificultam a adesão ao tratamento, como cumprimento das orientações realizadas pelos profissionais, assim como presença das crianças e cuidadores nas ações. Cabe ressaltar que as ações relatadas não necessariamente acontecem nas UBS; podem ser apenas ideias expressas pelos profissionais ou propostas de trabalho com esse público. Verificaram-se também três subcategorias que abrangem as ações educativas, o trabalho em equipe e a conscientização dos pais/cuidadores.

Koetsier & colaboradores,²³ em uma revisão que teve por objetivo identificar experiências e opiniões no âmbito dos cuidados integrados para a obesidade infantil, identificaram que aspectos como o conhecimento sobre a complexidade da obesidade, a alimentação saudável e as ferramentas disponíveis para o manejo da doença foram mencionados como meios importantes para o sucesso no tratamento.

- **Ações educativas**

Nesta subcategoria, foram abordadas ações desenvolvidas com o público infantil, ou sugestões de ações que podem ser efetivas e/ou que ajudem a melhorar a adesão desse público. As falas trouxeram a importância de orientar não só as crianças, mas os cuidadores, pensando na proposição de hábitos de vida saudáveis (A6). A melhora na adesão é mencionada quando há participação simultânea dos cuidadores e crianças nos grupos, atrelada à avaliação individual periódica como estratégia, o que mostrou exercer influência positiva (A11).

A6: “[...] orientar tanto crianças quanto pais a respeito, né, dessas mudanças. Às vezes as crianças chegam com as informações pros pais, né [...] eu acho que a informação é fundamental.”

A11: “[...] nesse grupo participa a criança e o pai ao mesmo tempo. É... como uma estratégia de manter adesão ao grupo, que as atividades em grupo a gente tem esse, é... às vezes falta, começa bem, depois começa a faltar, pra manter essa adesão eu estabeleci que de 3 em 3 meses a criança passa por avaliação individual, se tiver presença nesses três grupos, porque os meus grupos eram mensais. Então participou de três encontros em grupo, passava por uma avaliação individual [...]”.

O relato dos profissionais mostrou que, nos encontros em grupo, podem ser desenvolvidas ações práticas e teóricas como roda de conversa, jogos, brincadeiras, esporte e grupo operativo específico que reforcem ações que chamem a atenção das crianças (A9). A Educação Alimentar e Nutricional aparece como uma peça-chave nas ações em grupo com o público infantil, mas esses relatos ocorreram com base nas ações nas escolas nas quais os profissionais estavam outrora alocados (A14).

A9: “A gente tem que ter as ações práticas e as ações teóricas também, né? A teoria talvez as rodas de conversa, né... conscientização de alimentação saudável. Trabalhar com criança talvez levar o brincar com mais movimentação [...]”

A14: “Olha, eu acho que a gente precisa de tempo (risos). É no sentido... eu sei, né, que é uma coisa um pouco difícil, mas pra trabalhar com criança é mudança de hábito [...] eu acredito muito na educação nutricional, [...] é a promoção da saúde de fato. [...] se a gente conseguisse fazer, por exemplo, uma vez por semana, uma vez a cada 15 dias, seria interessante [...] Só que isso atualmente eu acho que... eu acho não, a gente não vai conseguir fazer.”

- ***Trabalho em equipe***

O impacto no tratamento pode ser refletido nesta subcategoria e compõe elemento fundamental para atingir o objetivo final do grupo. Desse modo, aborda expectativas, percepção e experiência em relação ao trabalho em equipe, em que profissionais de áreas distintas reconhecem a importância do trabalho do outro:

A9: “[...] nós temos o psicólogo, temos a terapeuta ocupacional, assistente social, profissional de educação física. É... claro que tem os outros profissionais, nutricionista, né, claro, é..., mas eu acho que esses têm, vamos dizer, uma... uma abertura melhor, né, mais... um foco mais pra trabalhar com isso. Então eu vejo que existe uma potencialidade se juntar o grupo [...]”

- ***Conscientização dos pais/cuidadores***

A continuidade do trabalho, a fim de que se tenha sucesso na prevenção e tratamento da obesidade infantil, bem como da mudança de estilo de vida e adoção de práticas saudáveis, estão intimamente relacionados à sensibilização dos pais/cuidadores sobre a importância do tratamento e até mesmo o reconhecimento da obesidade como algo a ser cuidado e/ou tratado (A3, A1).

Um estudo que abordou, por meio de entrevistas individuais semiestruturadas, o risco de desenvolvimento de sobrepeso e obesidade na infância, mostrou que, para os cuidadores, ações que envolvem instruções simples e práticas e orientação sobre quando procurar atendimento são importantes para o manejo da obesidade infantil. Além disso, a ausência de apoio dos cuidadores mostrou ser prejudicial para o tratamento da criança.²³

A3: “[...] por mais que a gente tente, procure, é, tente uma conscientização, faça palestra em escola, fala pra pais, né, não tem adesão. Então eu acho que a falta de entendimento do pai pra necessidade da promoção da saúde talvez hoje seja o que mais interfira na saúde dessas crianças [...]”

A1: “[...] pensando em alimentação saudável, é... a nutri fala muito com a gente assim: “dificuldade de estar só com as crianças é porque muitas vezes essa consciência tem que vir dos pais primeiro[...]”

Escola: espaço de promoção da saúde

Além da casa do indivíduo, dos pais/cuidadores, a escola é um local primordial na saúde das crianças e na influência de hábitos saudáveis. Nesta categoria foram considerados o espaço físico, a influência da disponibilidade do alimento, o apoio e o fluxo de atendimento via Programa Saúde na Escola. Nas falas dos profissionais, foram identificadas que as escolas são locais de promoção da alimentação adequada e saudável, e que permitem abranger não apenas uma demanda imediata, decorrente de alguma doença, mas, principalmente, no que tange às ações de prevenção com um grupo maior de crianças (A9).

Nesse sentido, o trabalho conjunto entre a escola e a APS é visto como primordial para o manejo da obesidade infantil, destacando que ações pontuais e unilaterais são pouco efetivas. Além disso, quando a escola dispõe de políticas públicas consistentes no que tange à alimentação e ao ambiente escolar no qual as crianças se encontram inseridas, menores são as taxas de obesidade infantil.²⁴

A9: “[...] acho que com creches, escola, poderia alguma coisa funcionar dessa forma, né, porque as crianças já estão lá, né, aí seria uma coisa mais abrangente [...] talvez isso seja uma estratégia realmente pra... pra coisa acontecer, né?”

Obesidade infantil: contexto

Observa-se que são diversos os fatores que podem influenciar no manejo da obesidade infantil, ou seja, o contexto no qual essas crianças se encontram inseridas é crucial. Nesta categoria, buscou-se identificar nas falas dos profissionais a multicausalidade da obesidade, a invisibilidade das crianças com obesidade e de tal condição normalmente não ser vista como um problema (A3).

Os profissionais de saúde relataram perceber um aumento do número de crianças com obesidade e atribuem tal aumento a um conjunto de fatores, que contemplam a conformação familiar, aspectos psicológicos e preferências alimentares. Quanto às preferências alimentares, observou-se nas falas que as crianças atendidas tendem a preferir os alimentos ultraprocessados e ter aversão aos alimentos *in natura*, como frutas e hortaliças (A13, A15).

A3: “É... todos os jovens que foram... e crianças que foram direcionados pra mim, como educador físico aqui nessa regional, ou foi por sobrepeso e obesidade, ou déficit de atenção e hiperatividade. Jamais houve alguma procura por promoção da saúde”

A13: “Então, é... eu tenho mais pra dizer dessas crianças que eu estou acompanhando no grupo. São crianças que têm, assim, é, uma certa dificuldade em comer frutas, verduras, legumes [...]”

A15: “Aqui na unidade tenho atendido várias crianças com obesidade. Todas possuem uma preferência maior por doce, biscoitos recheados, salgadinhos de pacote e refrigerantes.”

Ambiente

Verificou-se a necessidade de inclusão de uma categoria que englobasse fatores ambientais distintos que culminam e influenciam hábitos mais ou menos saudáveis. O ambiente alimentar insere-se no conceito

de ambiente construído, que abrange o espaço modificado pelo homem.²⁵⁻²⁷ As características do ambiente alimentar, como acesso a estabelecimentos de comercialização, preço e disponibilidade a alimentos saudáveis, e as características dos espaços para a prática de atividades físicas influenciam diretamente os hábitos alimentares e, por consequência, o estado nutricional de indivíduos, principalmente em crianças.^{25,28} Tais constatações podem ser confirmadas em subcategorias como: acesso financeiro a alimentos, características dos espaços para atividade física e ambiente doméstico.

- ***Acesso financeiro a alimentos***

Trata-se das condições financeiras/econômicas dos usuários, que influenciam o acesso a alimentos saudáveis. Deve-se conhecer o perfil do público para propor ações adequadas e eficazes e condição para o cuidado e manejo da obesidade infantil. De acordo com os profissionais, o público pertence a um estrato de baixo nível socioeconômico, o que impacta nas escolhas alimentares, como pôde ser observado:

A13: “[...] tem também a questão financeira. É, pelo menos eu trabalho em regional, assim, que a população é mais carente, né, a... uma delas é pior. E aí tem essa questão da dificuldade na compra de fruta, de verduras e legumes, sabe? É... aí eu vejo um dificultador, fica difícil pedir pra comprar fruta, porque às vezes são [muitas] crianças em casa, é... com essa pandemia os pais estão desempregados, [...] talvez, assim, é... não comem porque não têm acesso mesmo pra comprar [...]”

Além disso, os preços inferiores dos alimentos ultraprocessados em detrimento dos alimentos *in natural*, minimamente processados, praticados no varejo, são um fator que influencia a decisão no momento da compra.²⁹

A4: “[...] eu sempre trabalhei em Atenção Básica, então são pessoas que não têm muito recurso financeiro, mas o acesso a biscoitos, essas... essas guloseimas, é, que estavam muito baratas, o acesso a essas guloseimas era mais fácil pela questão do preço [...]”

- ***Características dos espaços para atividade física***

Trata-se dos espaços para a prática de atividade física como ação de promoção da saúde. Nas falas, foi possível perceber a presença de espaços marcados pela violência e o tráfico, o que dificulta a prática de atividade física e favorece o aumento do tempo de tela (A4). Características da vizinhança, tais como sensação de segurança para pedestres, ausência de delitos e a confiança nos vizinhos, contribuem para gerar um ambiente mais ou menos saudável nas áreas urbanas.³⁰ Além disso, há a distância da residência do usuário à unidade, além da deficiência do transporte público no município e a impossibilidade do pagamento da passagem de ônibus devido às dificuldades econômicas dos usuários são fatores a serem considerados³¹ (A1).

A4: “[...] O acesso à atividade física não há muito estímulo, né? Se a gente for remeter à infância, a gente tinha mais espaço pra brincar e era um brincar mais na rua [...]. Hoje os meninos já não podem mais, não pode ficar na rua, que tem a questão do tráfico, é... tem que ficar mais preso em casa, então acaba utilizando, né, dos eletrônicos aí pra poder conter mais essa criança. [...]”

A1: “[...] Aí a mãe falava assim: “eu gasto meia hora a pé pra ir praí, aí se eu for e voltar já tá na hora de ir pra escola de novo”, sabe, assim? Era difícil encaixar na logística da rotina. Uma coisa é cê fazer isso numa consulta a cada três meses, outra coisa é cê fazer isso duas vezes por semana (risos) [...]”

- ***Ambiente doméstico***

Ainda no contexto do ambiente, outro fator capaz de influenciar de maneira singular é o ambiente doméstico e a correlação dos cuidadores com as crianças no ambiente em que moram. Aspectos relacionados ao ritmo de vida, como a indisponibilidade de tempo, podem contribuir para um estilo de vida não saudável, e tempo de tela impacta não só em hábitos cada vez mais sedentários, mas também na saúde mental³² (A9).

O *Guia Alimentar para a População Brasileira* (2014) apresenta os principais obstáculos para uma alimentação saudável, relacionados à informação, oferta, custo, habilidades culinárias, tempo e publicidade, assim como formas de superá-los.³³ Pensando no ambiente doméstico, os profissionais de saúde relatam que a falta de informação/instrução, inabilidade culinária e excesso de oferta de alimentos ultraprocessados são fatores que dificultam a prática de uma alimentação adequada e saudável (A5). Além disso, ainda como aspecto relevante de influência do ambiente doméstico, na perspectiva dos profissionais de saúde, percebe-se a facilidade do acesso e disponibilidade de alimentos não saudáveis nas casas dos usuários (A4).

A9: “[...] encaixar isso no tempo familiar, né, a família ter o tempo para disponibilizar pra... pra acompanhar a criança nesse tipo de atividade, né, que a maioria delas não vão conseguir fazer sozinha, então isso eu acho que é a maior dificuldade [...]”

A5: “[...] a tecnologia tá aí, tudo muito fácil, as pessoas tão com preguiça de ir pras panelas e fazer um alimento mais saudável, então é mais fácil ter acesso aos processados, ultraprocessados. É mais fácil deixar seu filho na frente de um celular ou computador com joguinho, comendo um pacote de biscoito [...]”

A4: “[...] eu acho que tem essa questão sim do-do... da dificuldade por uma questão de cansaço dos pais, tem essa questão do acesso a essas guloseimas, e isso é antes da pandemia, e a... com a pandemia agravou mais um pouco o quadro de ansiedade [...]”

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho apresentou algumas das potencialidades e fragilidades do manejo da obesidade infantil, na perspectiva dos profissionais da APS de Betim, a fim de fomentar a tomada de decisão sobre a implementação do tratamento da obesidade infantil. As categorias e subcategorias que emergiram nas falas dos profissionais retratam, em grande parte, as fragilidades, sejam elas processuais como de trabalho e demanda externa, estruturais, como a deficiência de material e infraestrutura das UBS para o manejo da obesidade infantil, organizacionais como deficiência no encaminhamento da criança com obesidade para um tratamento adequado, deficiência de atendimento multiprofissional e integrado ou mesmo de ordem pessoal, do indivíduo, no contexto familiar, como por exemplo a falta de sensibilização para o problema da obesidade e a baixa adesão ao tratamento .

As fragilidades indicaram os pontos a serem observados, tratados e considerados ao desenvolver as atividades para o público infantil com obesidade. Mesmo que a categoria apresentasse potencialidades, foram verificadas maiores fragilidades, excetuando-se a escola –considerada o local onde há um número maior de crianças e potencial para trabalhar o público em questão. Isso pode minimizar a baixa adesão ao tratamento pontuada pelos profissionais da APS, além de fornecer maior contato com temas relacionados a saúde, prevenção e tratamento da obesidade infantil.

Por fim, este trabalho apresenta como ponto positivo a facilidade de acesso aos profissionais, por utilização de técnica *on-line* e de baixo custo. Entretanto, algumas limitações foram verificadas, quanto à impossibilidade de coleta de dados não verbais e a pouca interação entre os participantes.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instrutivo para o cuidado da criança e do adolescente com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; Vol 1; 2022.
2. Brasil. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional [Internet]. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN; 2023 [acesso em 17 jul 2023]. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>
3. Desiderata. Obesidade Infantil em Foco. Panorama da Obesidade em Crianças e Adolescentes. [Internet]. Desiderata Trabalho Coletivo Saúde em Foco; 2023 [acesso em 17 jul 2023]. Disponível em: <https://panorama.obesidadeinfantil.org.br/>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Atlas da Obesidade Infantil no Brasil [Internet]. 2019. 13 p [acesso em 17 jul 2023]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTQ0OA==>
5. Gurnani M, Birken C, Hamilton J. Childhood Obesity: Causes, Consequences, and Management. *Pediatr Clin North Am.* agosto de 2015;62(4):821–40.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Censo 2010 [Internet]. 2010 [acesso em 21 jun 2022]. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo?busca=1&id=3&idnoticia=2194&view=noticia>
7. Prefeitura Municipal de Betim. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde de Betim 2018-2021. Betim: Prefeitura Municipal de Betim; 2018.
8. Trad LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis Rev Saúde Coletiva* [Internet]. 2009 [acesso em 1º de nov 2022];19(3):777–96. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300013&lng=pt&tlng=pt
9. Salvador PTC de O, Alves KYA, Rodrigues CCFM, Oliveira LV e. Estratégias de coleta de dados online nas pesquisas qualitativas da área da saúde: scoping review. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 12 de junho de 2020 [acesso em 1º nov 2022];41. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rgenf/a/ZTDgnm7Y8f8KhKr6jbCKddK/abstract/?lang=pt>
10. Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, Atkins VJ, Baker PI, Bogard JR, et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. *Lancet Lond Engl.* 23 de fevereiro de 2019;393(10173):791–846.
11. Almeida R. Roteiro para o emprego de grupos focais [Internet]. 2016 [acesso em 21 jun 2022];42–59 p. Disponível em: https://bibliotecavirtual.cebrap.org.br/arquivos/2016_E-BOOK%20Sesc-Cebrap_%20Metodos%20e%20tecnicas%20em%20CS%20-%20Bloco%20Qualitativo.pdf
12. Bardin L. Análise de conteúdo. Almedina; 2016. 280 p.
13. Minayo M, Deslandes S, Gomes R. Pesquisa social : teoria, método e criatividade. 26ª ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2007. 135 p.
14. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics.* março de 1977 [acesso em 1º nov 2022];33(1):159–74. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/843571/>
15. Drozd D, Alvarez-Pitti J, Wójcik M, Borghi C, Gabbianelli R, Mazur A, et al. Obesity and Cardiometabolic Risk Factors: From Childhood to Adulthood. *Nutrients* [Internet]. novembro de 2021 [acesso em 29 jan 2024];13(11):4176. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2072-6643/13/11/4176>
16. Krist AH, DeVoe JE, Cheng A, Ehrlich T, Jones SM. Redesigning Primary Care to Address the COVID-19 Pandemic in the Midst of the Pandemic. *Ann Fam Med* [Internet]. 1º de julho de 2020 [acesso em 29 jan 2024];18(4):349–54. Disponível em: <https://www.annfamem.org/content/18/4/349>

17. Mandelbaum J, Harrison SE. Perceived challenges to implementing childhood obesity prevention strategies in pediatric primary care. *SSM - Qual Res Health* [Internet]. 1º de dezembro de 2022 [citado 29 de janeiro de 2024];2:100185. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667321522001470>
18. Dhaliwal J, Perez AJ, Holt NL, Gokiert R, Chanoine JP, Morrison KM, et al. Why do parents discontinue health services for managing paediatric obesity? A multi-centre, qualitative study. *Obes Res Clin Pract* [Internet]. 1º de maio de 2017 [acesso em 29 jan 2024];11(3):335–43. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871403X16303970>
19. Ahmed U, Mahmood MS, Parsons M, O'callaghan H, Pawlik O, Chaudhary S, et al. A Systematic Review Looking at the Current Best Practices as well as Primary Care Practitioner's Views on the Diagnosis and Treatment of Childhood Obesity. *Cureus*. janeiro de 2023;15(1):e34346. <https://doi.org/10.7759/cureus.34346>.
20. Schalkwijk AAH, Nijpels G, Bot SDM, Elders PJM. Health care providers' perceived barriers to and need for the implementation of a national integrated health care standard on childhood obesity in the Netherlands - a mixed methods approach. *BMC Health Serv Res*. 8 de março de 2016;16:83. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1324-7>
21. Turner KM, Salisbury C, Shield JPH. Parents' views and experiences of childhood obesity management in primary care: a qualitative study. *Fam Pract*. agosto de 2012;29(4):476–81. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmr111>
22. Jesus JGL de, Campos CMS, Scagliusi FB, Burlandy L, Bógus CM. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família voltado às pessoas com sobrepeso e obesidade em São Paulo. *Saúde Em Debate* [Internet]. 21 de fevereiro de 2022 [acesso em 2 maio 2023];46:175–87. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/sdeb/a/jtpV6nn5cRxdks6t7x5pxtg/>
23. Canfell OJ, Littlewood R, Wright ORL, Walker JL. "We'd be really motivated to do something about it": A qualitative study of parent and clinician attitudes towards predicting childhood obesity in practice. *Health Promot J Aust Off J Aust Assoc Health Promot Prof*. abril de 2023;34(2):398–409. <https://doi.org/10.1002/hpja.611>
24. Cleveland LP, Grummon AH, Konieczynski E, Mancini S, Rao A, Simon D, et al. Obesity prevention across the US: A review of state-level policies from 2009 to 2019. *Obes Sci Pract* [Internet]. 2023 [acesso em 29 jan 2024];9(2):95–102. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/osp4.621>
25. FAO. Nutrition and food systems. A report by the High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition of the Committee on World Food Security. September 2017 [Internet]. Rome, Italy: FAO; 2018 [acesso em 1º nov 2022]. 150 p. Disponível em: <https://www.fao.org/documents/card/en/c/I7846E/>
26. CDC. Center for Disease Control and Prevention. National Center for Environmental Health. 2013.
27. Glanz K, Sallis JF, Saelens BE, Frank LD. Healthy nutrition environments: concepts and measures. *Am J Health Promot AJHP*. 2005;19(5):330–3, ii. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-19.5.330>
28. Matozinhos FP, Gomes CS, Mendes LL, Pessoa MC, Padez CMP, das Graças Pena G, et al. Association between the perceived environment and overweight in adults and elderly: a cross-sectional study. *Nutrire* [Internet]. 2016 [acesso em 25 jul 2022];41(1):18. Disponível em: <http://nutrirejournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s41110-016-0019-529>.
29. Passos CMD, Maia EG, Levy RB, Martins APB, Claro RM. Association between the price of ultra-processed foods and obesity in Brazil. *Nutr Metab Cardiovasc Dis NMCD*. 12 de abril de 2020;30(4):589–98. <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2019.12.011>.
30. Jongeneel-Grimen B, Droomers M, van Oers HAM, Stronks K, Kunst AE. The relationship between physical activity and the living environment: a multi-level analyses focusing on changes over time in environmental factors. *Health Place*. março de 2014;26:149–60. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2013.12.003>. Epub 2014 Jan 4.

31. Viegas APB, Carmo RF, Luz ZMP da. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. *Saúde E Soc* [Internet]. março de 2015 [acesso em 2 maio 2023];24:100–12. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/sausoc/a/J9LSP5w9SXvH5K8W6YFTLfc/abstract/?lang=pt>
32. Barnett TA, Kelly AS, Young DR, Perry CK, Pratt CA, Edwards NM, et al. Sedentary Behaviors in Today's Youth: Approaches to the Prevention and Management of Childhood Obesity: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 11 de setembro de 2018;138(11):e142–59. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000591>
33. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. Guia de Atividade Física para a População Brasileira [recurso eletrônico] [Internet]. Brasília - DF: Ministerio da Saúde; 2021. 54 p. [acesso em 2 maio 2023]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf

Colaboradoras

MZ Jardim contribuiu na coleta de dados, análise e interpretação dos dados e elaboração do artigo; Mendonça RD participou da escrita, estruturação e revisão do artigo; Guimarães LMF contribuiu na coleta de dados, participou da interpretação dos dados, concepção, escrita e revisão do artigo; Sanches LD participou da interpretação dos dados, concepção, escrita e revisão do artigo; Rocha LL e Oliveira EP participaram da escrita e revisão do artigo; Mendes LL, trabalhou na concepção e delineamento do estudo, interpretação e estruturação dos dados e revisão final do artigo.

Conflito de Interesses: Os autoras declaram não haver conflito de interesses.

Recebido: 07 de novembro de 2023

Aceito: 19 de fevereiro de 2024

MATERIAL SUPLEMENTAR**Quadro 1.** Roteiro utilizado para a condução do Grupo Focal.

Roteiro para o Grupo Focal
Introdução: Após o consentimento de todos realizou-se a pergunta inicial “quebra gelo”: apresentação com o nome, comida predileta na infância e hoje quando a consomem o que ela representa.
1. Qual o perfil das crianças que vocês atendem? [perfil socioeconômico e demográfico, principais comorbidades]
2. Quais as mudanças ao longo do tempo no cenário dessas crianças que vocês acompanham? [alterações no estado nutricional e hábitos alimentares das crianças]
3. Como a obesidade infantil vem impactando a prática de vocês? [organização de agendas, condutas clínicas]
4. Quais tipos de ações vocês realizam com esse público? [atividades individuais e/ou em grupo, atendimento multiprofissional]
5. Como vocês descreveriam essas ações? [descrição das ações, percepção de efetividade e eficiência]
6. Quais os potenciais e as dificuldades das ações que vocês executam com esse público? [dificultadores e facilitadores para a prática das ações]
7. Como é realizado o monitoramento dessas atividades e resultados? [sistematização da informação e acompanhamento do público]
8. Vocês têm disponibilidade na agenda para trabalhar com esse público? [compreensão das (in)disponibilidades e suas causas]
9. Em relação à equipe, quais desafios e potencialidades para atendimento do público infantil? [perspectiva do trabalho multiprofissional]
10. Quais sugestões para trabalhar com esse público baseado na prática de vocês? [sugestões]

Quadro 2. Categorias, subcategorias e número de vezes em que aparecem como potencialidades e/ou fragilidades, sob a perspectiva dos profissionais.

Nome da categoria/ subcategoria	Fragilidade	Potencialidade
	Número de vezes	
Reflexos da obesidade infantil	1	0
Repercussões da pandemia	1	0
Serviços de saúde		
<i>Adesão do público infantil no serviço</i>	1	0
<i>Processos de trabalho</i>	30	9
Impacto no tratamento da obesidade infantil		
<i>Ações educativas</i>	0	1
<i>Trabalho em equipe</i>	0	1
<i>Conscientização dos pais/cuidadores</i>	1	0
Escola: espaço de promoção da saúde	3	9
Obesidade infantil: contexto	1	0
Ambiente		
<i>Acesso financeiro a alimentos</i>	4	0
<i>Características dos espaços para atividade física</i>	4	0
<i>Ambiente doméstico</i>	16	0

Quadro 3. Legenda das transcrições

(-)	Comentários do transcritor
[]	Trecho não compreendido com clareza
Ahãm, uhum	Interjeição de afirmação, de concordância
Ãhn	Interjeição de dúvida, de incompreensão, ou pensando
Hã	Interjeição que exprime que o interlocutor aguarda a continuidade da fala da outra pessoa
Tsi-tsi	Interjeição de negação
TEXTO EM CAIXA ALTA	Palavra ou expressão pronunciada com ênfase
Hí-fen	Palavra dita de modo silábico