



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO

CAROLINE EVELIN NASCIMENTO KLUCZYNIK VIEIRA

DESENVOLVIMENTO DE UM PROGRAMA PARA ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E CONTROLE DE SOBREPESO OU
OBESIDADE EM ADOLESCENTES

NATAL

2016

CAROLINE EVELIN NASCIMENTO KLUCZYNIK VIEIRA

**DESENVOLVIMENTO DE UM PROGRAMA PARA ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E CONTROLE DE SOBREPESO OU
OBESIDADE EM ADOLESCENTES**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem na atenção à saúde

Linha de pesquisa: Desenvolvimento tecnológico em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Bertha Cruz Enders

Coorientadora: Profa. Dra. Akemi Iwata Monteiro

NATAL

2016

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Central Zila Mamede

Vieira, Caroline Evelin Nascimento Kluczynik.

Desenvolvimento de um programa para assistência de enfermagem na prevenção e controle de sobrepeso ou obesidade em adolescentes / Caroline Evelin Nascimento Kluczynik Vieira. - 2016.

146 f.: il.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Natal, RN, 2016.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Bertha Cruz Enders.

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Akemi Iwata Monteiro.

1. Enfermagem - Tese. 2. Adolescente - Tese. 3. Sobrepeso - Tese. 4. Obesidade - Tese. 5. Atenção Primária à Saúde - Tese. I. Enders, Bertha Cruz. II. Monteiro, Akemi Iwata. III. Título.

RN/UF/BCZM

CDU 616-083

CAROLINE EVELIN NASCIMENTO KLUCZYNIK VIEIRA

**DESENVOLVIMENTO DE UM PROGRAMA PARA ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E CONTROLE DE SOBREPESO OU
OBESIDADE EM ADOLESCENTES**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em 19 de dezembro 2016

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Bertha Cruz Enders
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Profa. Dra. Akemi Iwata Monteiro
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Profa. Dra. Cláudia Santos Martiniano Sousa
Universidade Estadual da Paraíba

Profa. Dra. Carla Campos Muniz Medeiros
Universidade Estadual da Paraíba

Profa. Dra. Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Profa. Dra. Edilma de Oliveira Costa
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Dedico esta Tese à minha família, por me ensinar a cada dia que a parte mais importante da vida é ser feliz e ajudar o próximo.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

À CAPES pelo incentivo à pesquisa e suporte financeiro.

A todos do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem UFRN, professores, que contribuíram em minha formação.

À orientadora Bertha Cruz Enders, que me aceitou como orientanda e me ensinou a ser enfermeira, professora e um ser humano melhor. Sou grata pela oportunidade.

À coorientadora Akemi, por compartilhar comigo sua vasta experiência na saúde da criança.

Às professoras Ana Luisa, Carla Campos, Cláudia Martiano e Edilma Oliveira, por participarem da avaliação desta tese.

À Isabelly, Niviane, Josean e demais graduandos que colaboraram na coleta de dados.

Aos meus colegas da turma 2014, que compartilharam comigo esta jornada.

Às minhas amigas de grupo de pesquisa Anne, Dândara, Larissa, Marcela e Gracimary, obrigada por me ajudarem na pesquisa.

Aos diretores, professores, adolescentes e pais dos alunos pela confiança e por possibilitarem a realização deste estudo.

A todos que contribuíram na conclusão desta etapa e que não foram citados acima, muito obrigada!

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A Deus e ao Mestre Jesus, que permitiram a mim esta oportunidade de crescimento.

Ao meu incansável e dedicado espírito guardião, sempre ao meu lado, sempre tão amigo, tão generoso, tão paciente, tão anjo!

À minha mãe e avó materna pelo amor, dedicação, renúncias, orações e esforços.

Ao meu marido, meu companheiro, que divide comigo todas as dificuldades e alegrias.

Ao meu filho, que a cada dia me ensina o que realmente vale a pena nessa vida.

Ao meu pai, responsável pela minha existência. A ausência física não foi uma limitação para os ensinamentos.

Ao meu padrasto, pelo amor e presença.

Ao meu irmão Emmanuel, pelo exemplo de determinação.

À minha irmã e sobrinhos que torcem por mim e os amo.

À Dândara e Larissa, pelo apoio, incentivo e exemplo de mulheres guerreiras.

A todos que contribuíram na conclusão desta etapa e que não foram citados acima, muito obrigada!

RESUMO

A obesidade é um problema de saúde pública mundial, com prevalência crescente nos adolescentes. No Brasil, o Ministério da Saúde direciona a prevenção e o controle deste problema para a Atenção Primária à Saúde, sem, no entanto, oferecer instrumentos ou programas de intervenção que norteiem a prática do enfermeiro com essa população específica. Objetivou-se construir um programa para a assistência de enfermagem na Atenção Primária à Saúde direcionada à prevenção e controle de sobrepeso ou obesidade em adolescentes. Estudo metodológico, desenvolvido em quatro escolas estaduais e quatro Unidades Básicas de Saúde do Município de Natal/RN. Participaram quatro enfermeiras, representantes das zonas geográficas do município (norte, sul, leste e oeste), 114 adolescentes, e 40 professores. Elaborou-se a intervenção em forma de programa, com base nas seis etapas do Protocolo para Mapeamento de Intervenção de Bartholomew (avaliação das necessidades, construção de matrizes dos objetivos de mudança, delineamento de métodos baseados em teorias e estratégias práticas, desenvolvimento do programa, planejamento da adoção e implementação, e planejamento da avaliação). As necessidades foram identificadas por meio de revisão da literatura, grupos focais com adolescentes e professores, e entrevistas semiestruturadas com as enfermeiras. Os dados foram sintetizados utilizando o discurso do sujeito coletivo. Realizou-se avaliação dos participantes. Um total de 41 (36%) adolescentes foram identificados com sobrepeso (25/71%) ou obesidade (16/39%), e as principais necessidades foram: abordagem ao *bullying*, reeducação alimentar, disponibilidade de exercícios físicos na escola, auxílio na criação e manutenção de vínculo escola-Unidade de Saúde, e apoio da universidade na implementação das intervenções de enfermagem. A partir das necessidades, criaram-se matrizes dos objetivos de desempenho, dos determinantes e dos objetivos de mudança. Estes foram discutidos e modificados com as enfermeiras. Selecionaram-se teorias e métodos para embasar as ações da intervenção. As estratégias emergiram da revisão integrativa sobre intervenções de enfermagem direcionadas ao adolescente com sobrepeso ou obesidade e da intervenção “Assistência para reduzir o peso (1280)”, contida na Classificação de Intervenções de Enfermagem. Isso resultou na elaboração do “Programa de Enfermagem Saúde na Escola”. Os implementadores e usuários aplicaram, testaram e avaliaram as estratégias práticas, o que resultou na necessidade de redução da hora-aula dos exercícios físicos, de 60 para 45 minutos. Por fim, criou-se um plano de avaliação bimestral do Programa a ser posteriormente implementado. Conclui-se que uma intervenção em forma de programa que contemple a participação da comunidade, criação de vínculo, utilização de teorias, previsão de continuidade da assistência, e maximização dos recursos existentes na comunidade, tem potencial para a melhoria da prática de enfermagem na Atenção Primária à Saúde. Como intervenção para prevenção e controle de sobrepeso ou obesidade em adolescentes, o Programa elaborado guia intervenções direcionadas às necessidades de saúde da população nas escolas públicas e constitui uma tecnologia que contribui para o avanço de conhecimento de enfermagem sobre a implementação da teoria de promoção da saúde.

Palavras-chave: Enfermagem; Adolescente; Sobrepeso; Obesidade; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Obesity is a worldwide public health problem that has increased prevalence among adolescents. In Brazil, the Ministry of Health has designated that the prevention and control of the problem is a function of Primary Health Care. However, no guideline instruments or programs for nursing practice with this population are offered. The objective was to develop a nursing care program for prevention and control of overweight or obesity among adolescents in Primary Health Care. Methodology study conducted in four public schools and four Primary Care Health Units in the city of Natal/RN. The participants were: four nurses, representing the four geographic city zones (north, south, east and west); 114 adolescents; and 40 school teachers. A participative intervention for the prevention and control of overweight and obesity in adolescents was developed, using the six stages of Bartholomew's Intervention Mapping framework (needs evaluation, construction of objectives for change matrices, definition of theory-based methods and strategies, program development, application planning, implementation, and evaluation). The needs were identified by an integrated review of literature, adolescent and teachers' focal groups, and semi-structured interviews with the nurses. Data were synthesized using the collective subject discourse method. Forty-one (36%) adolescents were identified with overweight (25/71%) or obesity (16/39%); and the main needs that emerged for discussion were: bullying, nutritional re-education, opportunity for physical exercise, help to establish a school-health service link, and university support to establish nursing interventions. Matrices for performance objectives, determinants, and for change objectives were created, discussed and modified with the nurses; and then selected the theories and methods for the intervention activities. The interventions emerged from the integrative review of nursing interventions with overweight and obese adolescents, and from the NIC intervention "Care for weight reduction (1280)" from the Classification of Nursing Interventions. The result was the development of the "School Health Nursing Program" that was implemented by the planners for testing and evaluation of the practice strategies. This resulted in the reduction of physical exercise time, from 60 to 45 minutes per class hour. Each target group was encouraged to participate in the adoption and continuation of the Program and a bimonthly evaluation plan was constructed. The conclusion is that a participative theory-based intervention that is procedurally mapped, with community link, that maximizes the existing resources, has implications for nursing practice because of its potential to guide need-focused interventions and enhance the prevention and control of obesity in Primary Health Care. The intervention Program developed represents a scientific and technologic contribution to the advancement of nursing knowledge in health promotion theory.

Keywords: Nursing; Adolescent; Overweight; Obesity; Primary Health Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Esquema da abordagem ecológica em programas de promoção da saúde ...	36
Figura 2 – Síntese das etapas desenvolvidas. Natal/RN, Brasil, 2016	47
Figura 3 – Síntese da busca e seleção dos artigos. Natal/RN, Brasil, 2016	49
Figura 4 – Classificação do estado nutricional por IMC e idade, caderneta do adolescente	135
Figura 5 – Classificação do estado nutricional por IMC e idade, caderneta da adolescente	136

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Etapas e tarefas do mapeamento de intervenção. Natal/RN, Brasil, 2016	37
Quadro 2 – Características dos grupos relacionados à problemática do sobrepeso ou obesidade em adolescentes. Natal/RN, Brasil, 2016	58
Quadro 3 – Intervenções de enfermagem para o adolescente com sobrepeso ou obesidade, segundo os domínios de competências para promoção da saúde da Conferência de Galway. Natal/RN, Brasil, 2016	59
Quadro 4 – Diagnóstico educacional e organizacional relacionado à assistência de enfermagem ao adolescente com sobrepeso ou obesidade na APS. Natal/RN, Brasil, 2016	64
Quadro 5 – Visão geral dos resultados esperados com o programa e objetivos de desempenho para cada grupo-alvo. Natal/RN, Brasil, 2016	67
Quadro 6 – Matriz contendo objetivos de desempenho, determinantes e objetivos de mudança para os adolescentes participantes do programa. Natal/RN, Brasil, 2016	69
Quadro 7 – Matriz contendo objetivos de desempenho, determinantes e objetivos de mudança para os professores participantes do programa. Natal/RN, Brasil, 2016	70
Quadro 8 – Matriz contendo objetivos de desempenho, determinantes e objetivos de mudança para as enfermeiras participantes do programa. Natal/RN, Brasil, 2016	71
Quadro 9 – Matriz com a visão geral das teorias, métodos e estratégias práticas para alcançar os objetivos de mudança do grupo de adolescentes. Natal/RN, Brasil, 2016 ..	75
Quadro 10 – Matriz com a visão geral das teorias, métodos e estratégias práticas para alcançar os objetivos de mudança do grupo de professores. Natal/RN, Brasil, 2016	76
Quadro 11 – Matriz com a visão geral das teorias, métodos e estratégias práticas para alcançar os objetivos de mudança do grupo de enfermeiras. Natal/RN, Brasil, 2016	77
Quadro 12 - Matriz com a visão geral dos objetivos de desempenho, objetivos de mudança e estratégias práticas para cada grupo-alvo. Natal/RN, Brasil, 2016	80

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Descrição dos adolescentes participantes submetidos à triagem e classificados com sobrepeso ou obesidade. Natal/RN, Brasil, 2016	56
Tabela 2 – Características socioeconômicas dos participantes identificados com sobrepeso ou obesidade. Natal/RN, 2016 (n=41)	57

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os enfermeiros das Unidades Básicas De Saúde, professores e funcionários das escolas estaduais	113
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos pais/responsáveis pelos adolescentes	115
Apêndice C – Termo de Assentimento dos adolescentes	117
Apêndice D - Termo de Autorização para gravação de voz	118
Apêndice E – Programa de Enfermagem Saúde na Escola	119
Apêndice F - Protocolo para classificação do estado nutricional	131
Apêndice G - Regulamento do campeonato escolar de queimada	134
Apêndice H - Roteiro para consulta de enfermagem	138

LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	112
Anexo B – Carta de Anuência da Secretaria de Educação e Cultura do Estado do Rio Grande do Norte	113
Anexo C – Carta de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Natal/RN	114

LISTA DE SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

BDENF – Base de dados de enfermagem

CINAHL – Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature

CMEI – Centro Municipal de Educação Infantil

COM-B – COM-B Model

DE – Diagnóstico de Enfermagem

DSC – Discurso do sujeito coletivo

ELM – Elaboration Likelihood Model

ESF – Estratégia Saúde da Família

IMC – Índice de massa corporal

LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

NANDA-I – Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem

NIC – Classificação de Intervenções de Enfermagem

NOC – Classificação de Resultados de Enfermagem

OM – Objetivo de mudança

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCM – Persuasion-communication matrix

PESE – Program de Enfermagem Saúde na Escola

*PRECEDE – Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational/Ecological
Diagnosis and Evaluation*

PSE – Programa Saúde na Escola

PUBMED – *Public Medline*

SCIELO – Scientific Eletronic libraryonline

SCT – Social Cognitive Theory

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Compromisso Livre e Esclarecido

TIP – *Theories of information processing*

TL – *Theories of learning*

TSR – *Theory of self-regulation*

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	21
2.1 OBJETIVO GERAL	21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
3 MARCO CONCEITUAL	22
3.1 BASES TEÓRICAS DA ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	22
3.2 SAÚDE DO ADOLESCENTE	25
3.3 O ADOLESCENTE COM SOBREPESO OU OBESIDADE	28
3.4 INTERVENÇÃO E PROGRAMA DE SAÚDE	31
4 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO	35
5 MÉTODOS E PROCEDIMENTOS	43
5.1 DESENHO DO ESTUDO	43
5.2 LOCAL DO ESTUDO.....	43
5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	43
5.3.1 Enfermeiros das UBS	44
5.3.2 Adolescentes escolares	44
5.3.3 Professores das escolas estaduais	46
5.4 APLICAÇÃO DO MAPEAMENTO DE INTERVENÇÃO.....	46
5.4.1 Primeira etapa: avaliação das necessidades	47
5.4.2 Segunda etapa: definição de objetivos de mudança	52
5.4.3 Terceira etapa: Métodos baseados em teorias e estratégias práticas	52
5.4.4 Quarta etapa: Programa	53
5.4.5 Quinta etapa: Adoção e implementação	53
5.4.6 Sexta etapa: Planejar a avaliação	54
5.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	54
5.6 ASPECTOS ÉTICOS	55
6 RESULTADOS	56
6.1 DESCRIÇÃO DOS PARTICIPANTES	56
6.2 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AO ADOLESCENTE COM SOBREPESO OU OBESIDADE	58
6.3 AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES	61

6.4 IDENTIFICAÇÃO DE OBJETIVOS DE MUDANÇA	67
6.5 EMBASAMENTO TEÓRICO DOS MÉTODOS E ESTRATÉGIAS PRÁTICAS	72
6.6 O PROGRAMA	797
6.7 ADOÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA.....	79
6.8 PLANO DE AVALIAÇÃO	83
7 DISCUSSÃO	84
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95
REFERÊNCIAS	98
ANEXOS	111
APÊNDICES	115

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo aborda o desenvolvimento de uma tecnologia para contribuir na assistência de enfermagem para prevenção e controle de sobrepeso ou obesidade em adolescentes na Atenção Primária à Saúde (APS).

Ao abordar a prevenção e controle de sobrepeso ou obesidade em adolescentes, primeiramente é relevante considerar o contexto da APS no Brasil, que surgiu com a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a reorientação dos serviços na década de 1990. Com a formulação de um novo modelo de saúde em resposta às propostas da Reforma Sanitária, rompeu-se com a hegemonia do cuidado curativo hospitalar e redirecionou-se o cuidado básico à APS, a qual valoriza a promoção, prevenção e vigilância em saúde, para alcançar um grau de resolubilidade capaz de evitar o agravamento de situações mórbidas e reduzir a evolução de agravos que possam demandar atenção de maior complexidade (BRASIL, 2010a).

Esse processo de mudança ocorreu em um longo percurso histórico, mas o ano 1988 se destaca com a promulgação da Constituição, que garantiu a todo brasileiro o acesso às ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. A partir desse período, várias iniciativas institucionais criaram condições de viabilização do direito à saúde de acordo com a Lei Orgânica da Saúde, promulgada pelo Ministério da Saúde que regulamenta o SUS. Segundo essa Lei, a saúde é determinada por uma série de fatores presentes no dia-a-dia, tais como: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, educação e lazer (ROSA, LABATE, 2005).

Nesse contexto, implementou-se uma nova forma de atuar na saúde e criou-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), com intervenções desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família junto à comunidade (BRASIL, 2007). Nesse ambiente, surge o protagonismo do enfermeiro no planejamento e execução das ações, devido à sua centralidade na organização da força de trabalho da enfermagem; e da sua formação que contempla o trabalho em equipe, a organização dos serviços na APS e as intervenções na saúde coletiva (PIRES, 2011).

A Equipe de Saúde da Família realiza atividades direcionadas para cada faixa etária e/ou grupos de risco, entre as quais está a atenção à saúde do adolescente (BRASIL, 2014a). Conforme critério da Organização Mundial de Saúde (OMS), considera-se adolescente o indivíduo entre 10 e 19 anos de idade (OMS, 2014).

É nesse contexto de APS e da ESF que a prática de enfermagem comunitária se desenvolve por meio de intervenções junto aos diversos grupos populacionais, inclusive

adolescentes. Dentre as ações do enfermeiro destinadas ao adolescente na APS, ressalta-se o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, com ênfase na identificação e intervenção precoce nos casos de sobrepeso ou obesidade (BRASIL, 2012a). Recomenda-se a classificação do estado nutricional do adolescente por meio da utilização do Escore Z, primeiramente calcula-se o IMC, por fim plota-se o resultado na curva de crescimento para o sexo e idade. O resultado indica: magreza acentuada ($< \text{Escore Z } -3$), magreza ($\geq \text{Escore Z } -3$ e $< \text{Escore Z } -2$), eutrofia ($\geq \text{Escore Z } -2$ e $\leq \text{Escore Z } +1$), sobrepeso ($> \text{Escore Z } +1$ e $\leq \text{Escore Z } +2$), obesidade ($> \text{Escore Z } +2$ e $\leq \text{Escore Z } +3$) ou obesidade grave ($> \text{Escore Z } +3$) (BRASIL, 2011c).

Segundo a OMS (2015), o sobrepeso e a obesidade, em conjunto, constituem um problema de saúde mundial, com prevalência crescente em todas as faixas etárias. As crianças e adolescentes que apresentam essa condição estão em maior risco de desenvolver problemas de saúde graves, tais como diabetes, doenças cardíacas, hepáticas, respiratórias e psicológicas, desde a idade escolar. Esse cenário em curto prazo representa altos custos de tratamento para o sistema de saúde, e em médio e longo prazo se relaciona à diminuição da produtividade econômica dessa geração de futuros adultos com sobrepeso, obesidade e doenças associadas.

Destaca-se que entre os anos de 1990 e 2010 houve a transição nutricional da população brasileira, caracterizada pelo declínio da prevalência de desnutrição e aumento do sobrepeso ou obesidade. As causas dessa transição estão relacionadas às mudanças nos padrões de consumo de alimentos e nas modificações de fatores sociais, econômicos e culturais, dentre os quais há: a concentração das populações no meio urbano; a diminuição do esforço físico tanto no trabalho quanto na rotina diária; a crescente industrialização dos alimentos; e o aumento da inserção da mulher no mercado de trabalho (BRASIL, 2006).

A inserção da mulher no mercado de trabalho é discutida como fator importante para o problema de obesidade devido às mudanças nos hábitos alimentares da família, ocasionados pela ausência da mãe no lar durante a maior parte do dia. Segundo Lelis (2012), o cenário criado pela redução do tempo destinado para a preparação dos alimentos e o consequente aumento do consumo de alimentos congelados e industrializados, contribui para o aumento de peso dos filhos.

Assim, observa-se a prevalência crescente do problema em diversos países. Nos Estados Unidos, em 2011, identificou-se uma prevalência de 34% para sobrepeso ou obesidade em adolescentes (OGDEN et al., 2010). Em 2009, no Brasil, foi considerado o desvio nutricional mais relevante presente em aproximadamente 20% dos adolescentes (BRASIL, 2010b).

Em nível local, um estudo realizado na cidade de Natal, Rio Grande do Norte em 2013, identificou prevalência de 28,8% de adolescentes com sobrepeso ou obesidade entre estudantes da rede estadual de ensino, bem como a ausência de assistência de enfermagem direcionada a essa clientela específica nas Unidades de Saúde participantes (VIEIRA, 2013). Essa pesquisa foi realizada como dissertação de mestrado pela autora da presente tese e seus resultados, bem como o trabalho vivenciado previamente com crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade motivou a investigadora a aprofundar na temática, na perspectiva de intervir para a melhoria da saúde dessa população.

A prevalência do sobrepeso e obesidade nesse grupo populacional é preocupante, haja vista que caso esses adolescentes não sejam assistidos adequadamente, eles perpetuarão esse quadro e serão, provavelmente, adultos obesos (THE et al., 2010). Além disso, ressaltam-se as consequências a que estão expostos. Ter obesidade diminui a expectativa de vida, devido ao maior risco de desenvolver diabetes tipo 2, resistência à insulina, síndrome metabólica e doenças cardiovasculares (REILLY, KELLY, 2010). Também pode ter repercussões psicológicas, tais como: depressão, baixa estima e isolamento social (VARGAS et al., 2011).

Diante de tantas consequências negativas advindas desse problema a curto e longo prazo, o Ministério da Saúde tem reforçado a incorporação das ações de Vigilância Alimentar e Nutricional às rotinas de atendimento na APS (PEREIRA et al., 2012). Os objetivos são detectar precocemente o risco nutricional e realizar intervenções que possibilitem prevenir e tratar precocemente (BRASIL, 2014b).

Adicionalmente, em consideração à questão dos adolescentes frequentarem pouco os serviços de saúde, os Ministérios da Saúde e da Educação criaram o Programa Saúde na Escola (PSE) para assistí-los em seu espaço de convívio, tendo como primeira meta classificar o estado nutricional dos escolares. Para o desenvolvimento dessas ações, destacam-se os profissionais das Unidades Básicas, haja vista que estes são os responsáveis pelas ações de saúde nas escolas públicas presentes em seu território adscrito (BRASIL, 2012a). Considera-se que a escola é o local mais apropriado para realizar ações de prevenção e promoção da saúde direcionadas ao sobrepeso ou obesidade em adolescentes (BRASIL, 2014b).

Neste ponto, é importante considerar que promover estilo de vida mais saudável na adolescência, por meio de orientação para alimentação saudável e prática regular de exercícios físicos, é eficaz para diminuir o IMC e perpetuar hábitos saudáveis na idade adulta. Acredita-se que realizar essas intervenções com os adolescentes na escola resulta em maior adesão e melhores resultados (PBERT et al., 2013).

No Brasil, o Ministério da Saúde publicou um manual direcionado aos profissionais da APS, a fim de alertá-los quanto à magnitude do problema e orientá-los quanto às intervenções a serem realizadas para prevenção, diagnóstico e tratamento na população em geral (BRASIL, 2014b). Contudo, o manual não contempla como os profissionais da APS podem abordar tal problema de saúde com os adolescentes na escola.

Diante do exposto, observa-se que os problemas de saúde dos adolescentes são complexos e envolvem questões educacionais, sociais e psicológicas. As implicações de ter sobrepeso ou obesidade, em termos de complicações e riscos, são vastas, o que reforça a importância da equipe de saúde abordar o problema de forma prioritária.

No que se refere à prática de enfermagem com esta população, observa-se que os enfermeiros atuantes na ESF têm demonstrado dificuldade em realizar a tomada de decisão clínica ou compor um raciocínio diagnóstico para a criança e adolescente com obesidade, por julgarem seu conhecimento insuficiente (ARAÚJO et al., 2012). Observa-se que, apesar dos enfermeiros perceberem como fundamental a assistência a essa clientela, eles atribuem a outros profissionais a responsabilidade maior e afirmam desconhecer as intervenções de enfermagem relacionadas. Esse posicionamento culmina na inibição de atividades de sua competência e em prejuízos ao processo saúde/doença (VIEIRA et al., 2014).

Isto é preocupante, porque o enfermeiro é o profissional que melhor representa a APS diante desta problemática. Portanto, é relevante repensar e aprimorar a conduta desses profissionais, munindo-os de conhecimento e meios logísticos que assegurem uma assistência de enfermagem resolutiva (ARAÚJO et al., 2012).

Assim, entende-se que a prática de enfermagem apresenta lacunas de conhecimento tecnológico e científico na promoção da saúde aos adolescentes com sobrepeso ou obesidade e acredita-se que esses vazios podem vir a serem dirimidos ao se discutir questões teóricas e práticas sobre essa assistência.

A partir da necessidade de aprofundar o conhecimento científico dos profissionais de enfermagem e na ausência de um programa que indique os meios destes assistirem aos adolescentes de forma resolutiva na promoção de comportamentos saudáveis, emergiu a urgência de desenvolver uma intervenção programática na APS nessa perspectiva. Acredita-se que tal conhecimento irá suprir parcialmente as necessidades imediatas dos adolescentes e pode vir a aprimorar a prática existente com essa população.

Nesse sentido, classifica-se programa como um conjunto orientado de estratégias e intervenções programáticas integradas com objetivo de: promover saúde; prevenir riscos, agravos e doenças; reduzir a frequência de morbidade; ou aumentar a qualidade de vida.

Pressupõe-se que um programa constitui uma intervenção planejada, organizada, e teoricamente fundamentada e, portanto, é de maior duração que a de uma atividade espontânea. Esse aspecto de continuidade é importante a ser considerado haja vista que a mudança de comportamento em saúde envolve tempo e intervenções planejadas. (BRASIL, 2011a).

Ao abordar este objeto de estudo, desenvolvimento de um programa para assistência de enfermagem na prevenção e controle de sobrepeso ou obesidade, parte-se da compreensão teórica filosófica inserida nos aportes do Modelo de Sistemas de Betty Neuman para a prática de enfermagem na comunidade. Esse Modelo contempla uma visão dos indivíduos em constante interação com os estressores ambientais, a reação do indivíduo ao estresse e os fatores de reconstituição do equilíbrio. Nesse sentido, mantém uma perspectiva integrativa do ser humano como um sistema aberto com linhas de defesa e propõe a focalização do cuidado nas necessidades do cliente e o planejamento de intervenções nos três níveis de prevenção (primária, secundária e terciária), para uma vida melhor (NEUMAN, 1995).

Para Neuman, o indivíduo é considerado um ser multidimensional, composto de cinco subsistemas, a saber: física, psicológica, espiritual, sociocultural e de desenvolvimento; e a saúde é sinônimo de bem-estar, na qual esses subsistemas estão em harmonia. Nesta perspectiva, o propósito da enfermagem é intervir, com participação dos indivíduos em foco, quando existe uma variação no bem-estar e fortalecer as linhas de defesa. Relaciona-se, portanto, com as estratégias de prevenção e promoção da saúde (NEUMAN, 1995).

Segundo Neuman (1995), a prevenção primária tem como objetivo promover o bem-estar do cliente pela prevenção do estresse e redução dos fatores de risco; a prevenção secundária objetiva indicar o tratamento adequado, após identificação dos sintomas, para atingir a estabilidade ou o bem-estar do sistema do cliente; e a terciária consiste em manter o bem-estar, isto é, proteger a reconstituição do sistema do cliente ou de retorno ao bem-estar após o tratamento.

No presente estudo considerou-se o conceito de promoção da saúde presente na Carta de Ottawa:

Processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente (CARTA DE OTTAWA, 1986, p.1).

Os princípios teórico-filosóficos que orientam o modelo de enfermagem de Neuman e os aportes de envolvimento da comunidade na promoção da sua própria saúde, embasam a proposta deste estudo. Nessa perspectiva, e ao considerar que um programa na APS para os adolescentes será uma ferramenta importante para melhorar a assistência de enfermagem, pressupõe-se que uma intervenção de enfermagem elaborada com essas características contribui para a construção de um programa com potencial para promover hábitos saudáveis.

Assim sendo, o presente estudo pretende responder ao seguinte questionamento: uma intervenção que contemple a participação da comunidade, criação de vínculo, utilização de teorias, previsão de continuidade da assistência, e potencialização de recursos existentes na comunidade oferece subsídios para um programa de prevenção e controle de sobrepeso ou obesidade em adolescentes a ser implantado na APS no ambiente escolar?

Acredita-se que a construção de um programa desta natureza é pertinente ao considerar a necessidade de desenvolver a ciência da enfermagem, tendo em vista que aborda as lacunas na área tecnológica relacionada a um problema específico. Assim sendo, o programa é direcionado às necessidades de saúde da população nas escolas públicas e constitui uma tecnologia que contribui para o conhecimento de enfermagem na APS.

O estudo também atende a necessidade metodológica para ações de promoção da saúde, haja vista que utiliza um método inovador para a elaboração de programas de saúde com foco na participação da comunidade, criação de vínculo, empoderamento dos participantes e mudança de comportamento (BARTHOLOMEW et al., 1998).

Justifica-se, ainda, por ser um estudo com impacto social, uma vez que se desenvolveu uma inovação tecnológica para a demanda da APS, o que pode contribuir para qualificar a assistência de enfermagem aos adolescentes, especialmente com uma intervenção para a prevenção e controle de sobrepeso ou obesidade.

O presente relatório defende a tese de que uma intervenção desenvolvida com as características de participação da comunidade, criação de vínculo, utilização de teorias, previsão de continuidade da assistência, e potencialização de recursos existentes na comunidade, oferece subsídios na construção de um programa para a assistência de enfermagem na prevenção e controle de sobrepeso ou obesidade em adolescentes na APS.

A elaboração da intervenção na forma de um programa representa o desenvolvimento de uma tecnologia, direcionada às áreas da saúde e da enfermagem, e coaduna com a linha de pesquisa “Desenvolvimento tecnológico em saúde e Enfermagem” do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), no qual esta pesquisa está inserida.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Construir um programa para assistência de enfermagem ao adolescente na APS direcionado à prevenção e controle de sobrepeso ou obesidade no ambiente escolar.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Planejar um programa de enfermagem a partir da avaliação das necessidades de adolescentes com sobrepeso ou obesidade.
- Elaborar um plano de avaliação para o programa de assistência de enfermagem ao adolescente direcionado à prevenção e controle de sobrepeso ou obesidade.

3 MARCO CONCEITUAL

Organizou-se o marco conceitual em quatro aspectos. Primeiramente apresentam-se as bases teóricas sobre a enfermagem comunitária que orientam a sua posição na APS no âmbito do SUS no Brasil. Em seguida, abordam-se os conceitos de saúde do adolescente. Ato contínuo apresentam-se os aspectos teóricos sobre o adolescente com sobrepeso ou obesidade, com destaque para a prevalência desse problema no mundo e as intervenções de diagnóstico, prevenção e controle que são da competência do enfermeiro. Por fim, descreve-se a importância de instrumentos para uma assistência resolutiva e qualificada nesse contexto.

3.1 BASES TEÓRICAS DA ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NO ÂMBITO DO SUS

Ao abordar o desenvolvimento de intervenções de enfermagem na comunidade, como nos serviços da APS, acredita-se haver a necessidade de apresentar a fundamentação teórica adotada neste estudo para a atuação da enfermagem na comunidade e para a comunidade.

Primeiramente, é relevante considerar que as intervenções de enfermagem na comunidade destinam-se a capacitar a população para lidar com as fontes de estresse, de modo a conseguir restabelecer um novo equilíbrio, saudável e cada vez mais complexo, com um mínimo de danos causados pela exposição ao risco. Essa perspectiva é fundamental, porque não é possível ao enfermeiro comunitário eliminar ou prevenir todos os riscos, portanto, é necessário desenvolver na população competências pessoais e sociais para o restabelecimento rápido de novos equilíbrios (NEUMAN, 1995).

O pensamento centrado na influência do meio na saúde dos indivíduos, como a defendida por Betty Neuman, emergiu de discussões sobre a fusão entre a Teoria Geral dos Sistemas e a Teoria Cibernética. Surgiu então o pensamento sistêmico, o qual reconhece os fenômenos da contextualização. Isto é, passou-se a considerar as interações que as partes estabelecem com o sistema, por meio de permuta energética com o ambiente, que pode ser interno ou externo (NEUMAN, 1995).

A ideia central é que cada sistema é formado por subsistemas e suprassistemas. A enfermeira Betty Neuman identificou esse mesmo princípio nos seres humanos, o qual é composto por sistemas menores, tais como: aparelho circulatório, músculo-esquelético, digestivo; e estabelece trocas energéticas com os suprassistemas, que são: família, amigos, colegas e serviços comunitários (NEUMAN, 1995).

A base filosófica do Modelo de Neuman engloba o holismo, a orientação ao bem-estar, à percepção do cliente e uma perspectiva de sistemas dinâmicos de energia e interação de variáveis com o meio ambiente. O que favorece a elaboração de hipóteses compatíveis com as crenças, valores e percepções do grupo em relação a uma dada situação (NEUMAN, 1995).

Com base nessa visão, Neuman (1995) reuniu os metaparadigmas (pessoa, enfermagem, saúde e ambiente) em relação à prevenção. Neste Modelo, a ‘Pessoa’ é considerada cliente/sistema cliente que pode ser um indivíduo, família, grupo, comunidade ou questão-social; esse sistema cliente é dinâmico e está em constante interação com os fatores fisiológicos, psicológicos, socio-culturais, espirituais e de desenvolvimento. A ‘Enfermagem’ é considerada profissão única na medida em que está relacionada com todas as variáveis que afetam a resposta do indivíduo ao estresse. A ‘Saúde’ é o bem-estar ou a estabilidade ótima, e um reduzido estado de bem-estar é o resultado da não satisfação das necessidades do sistema. E o ‘Ambiente’ é definido como todos os fatores internos e externos que rodeiam ou interagem com a pessoa.

As afirmações teóricas do Modelo de Neuman correspondem às relações estabelecidas entre esses quatro conceitos essenciais. Dessa forma, a teoria sistêmica é aplicável à Enfermagem, pois tem por objetivo considerar as interações dos indivíduos com o meio em que vivem. O enfermeiro comunitário que utiliza esta abordagem considera a resposta do cliente face às mudanças internas e externas (JEREMIAS, RODRIGUES, 2011).

Segundo o Conselho Internacional dos Enfermeiros, a unidade social constituída pela comunidade é vista como algo para além dos indivíduos e da sua relação de proximidade geográfica. A comunidade partilha de condições e interesses comuns que constituem as partes do grupo, o que é relevante ser pesquisado e considerado para a assistência de enfermagem na comunidade (CIPE, 2011).

De acordo com o modelo teórico de Neuman (1995), os estressores podem afetar o cliente de diferentes maneiras, seja por excesso, intolerância, privação e mudança. Estes podem atingir em maior ou menor profundidade o sistema por meio das linhas de resistência e das linhas de defesa, e as ações de enfermagem podem ser orientadas no sentido de fortalecer o cliente, de reduzir os efeitos dos estressores ou de restaurar a estabilidade do sistema.

Assim, o enfermeiro que trabalha com e para a comunidade é um mediador entre o saber baseado na evidência científica e sua inserção no quotidiano. A intervenção se realiza na relação do cliente com os cenários e atores do seu quotidiano, e por meio de investimento nas competências das pessoas para se tornarem agentes ativos dessa interação, capazes de

identificar necessidades de mudança e de produzi-las em caráter pessoal, interpessoal e comunitário (JEREMIAS, RODRIGUES, 2011).

Pensar a enfermagem na saúde comunitária no contexto da APS no Brasil na perspectiva de Neuman direciona para entender os princípios que norteiam esse nível de atenção no SUS e seu surgimento nesse contexto.

No que se refere à saúde comunitária, no Brasil destaca-se a década de 1940 com avanços importantes. No ano de 1942, houve o início de ações de educação em saúde na comunidade com a formação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). O SESP foi criado em um acordo entre Brasil e Estados Unidos, inicialmente com atuação na Amazônia para garantir a saúde dos homens visando o fornecimento de borracha para 2ª Guerra Mundial (FERNANDES, 2008).

Em 1943, surgiu a Divisão de Educação Sanitária do SESP, com um Programa voltado aos escolares, setores populares da população, periferias urbanas e treinamento de pessoal, com desenvolvimento de ações direcionadas à educação sanitária, com intuito de trabalhar para modificar os hábitos e atitudes da população relacionadas à saúde. Utilizou-se de recursos audiovisuais para: facilitar as ações de educação em saúde; mostrar que o Estado, ao possuir meios tecnológicos, dispunha de capacidade para governar; e legitimar o conhecimento científico em detrimento dos saberes populares (FERNANDES, 2008).

Destaca-se que com o SESP houve avanços no fornecimento de ações de saúde à comunidade. Por exemplo, em 1946 estava em atividade 19 Clubes de Saúde na região Norte, com participação de 2.000 escolares, direcionados a estimular o conhecimento e prática dos hábitos de nutrição e higiene. Além desses Clubes, haviam palestras para mulheres, mães ou gestantes, sobre puericultura e higiene. Nos anos de 1960 e 1970, houve um retrocesso com o deslocamento da prioridade das ações de saúde pública, centrados no modelo sanitarista, para aquelas centradas no modelo previdenciário, com prática médica individual e curativa (FERNANDES, 2008).

Após um longo processo de discussões entre Estado, representantes de vários seguimentos sociais, profissionais da saúde e participação popular, houve a retomada do modelo de atenção na comunidade. O marco foi a publicação da Constituição Federal de 1988, a qual definiu como princípios do SUS a universalidade do atendimento, equidade das ações, descentralização dos serviços e participação social em seu controle (BRASIL, 2007).

Adotou-se, assim, a APS para reorientar a atenção em saúde segundo os princípios do SUS, com suas responsabilidades principais caracterizadas por: constituir a porta de entrada aos serviços de saúde; oferecer continuidade do cuidado e manutenção do vínculo; ser

integral, porque é responsável pela resolução dos problemas de saúde e corresponsável pelos problemas encaminhados a outros níveis de atenção; organizar, coordenar e integrar o cuidado, mesmo quando parte substancial deste for realizada em outros níveis (BRASIL, 2007).

Dentre as estratégias desenvolvidas para sua implementação, destaca-se a ESF. Nas UBS a prestação de serviços de saúde se concretiza por meio das ações de prevenção, promoção da saúde e tratamento junto à população adscrita ao território da Unidade. De modo geral, a ESF visa aproximar os serviços de saúde da comunidade (BRASIL, 2011b).

Neste cenário de expansão da saúde na comunidade, a enfermagem no SUS ampliou seu espaço de atuação e o enfermeiro passou a assumir um papel cada vez mais decisivo e proativo, na identificação das necessidades locais da população, promoção e proteção da saúde, considerando as diferentes dimensões do contexto. O enfermeiro é um componente fundamental no sistema de saúde local e repercute nos níveis de saúde regional e nacional (BACKES et al., 2012).

Considera-se ainda que, para oferecer assistência integral à comunidade, o enfermeiro deve estar interligado e complementado por outros saberes profissionais. Mesmo assim, a enfermagem pode ser definida como a ciência do cuidado integral e integrador em saúde comunitária, porque assiste, coordena, promove ações e protege a saúde dos indivíduos, famílias e comunidade. Configura-se, portanto, como prática social empreendedora, pelas possibilidades interativas e associativas, capazes de interferir na saúde da comunidade (BACKES et al., 2012).

Na APS a assistência à comunidade tem sido organizada por grupos etários ou para prevenção e tratamento de doenças ou condições de saúde específicas. Nessa perspectiva há a assistência integral a saúde do adolescente (BRASIL, 2014a), abordada no item a seguir.

3.2 SAÚDE DO ADOLESCENTE

Em 2010, havia no mundo 1,2 bilhão de adolescentes. Considera-se como fase inicial da adolescência o período entre os 10 e 14 anos, nessa etapa começam as mudanças físicas, com aceleração repentina do crescimento, seguida pelo desenvolvimento dos órgãos sexuais e das características sexuais secundárias. A fase final da adolescência ocorre entre os 15 e 19 anos de idade, o cérebro continua a desenvolver-se e a reorganizar-se, a capacidade de pensamento analítico e reflexivo é bastante ampliada (UNICEF, 2011).

Grande parte dos hábitos não saudáveis que desencadeiam doenças crônicas e outras enfermidades tem início na adolescência, tais como o uso de álcool e tabaco, alimentação inadequada e sedentarismo. Estes hábitos não saudáveis estão associados ao desenvolvimento da maioria das doenças crônicas não transmissíveis, como as cardiovasculares, diabetes e câncer, as quais lideram as causas de óbito na vida adulta (BRASIL, 2011a).

Visando atender as necessidades dessa população, políticas e programas de saúde pública têm sido criados. Em consonância com os preceitos da Constituição Federal de 1988, em 1989 o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) que foi implantado em todo o território nacional (BRASIL, 1991).

As bases do PROSAD abordavam, a partir do quadro epidemiológico nacional, as seguintes áreas prioritárias: crescimento e desenvolvimento, sexualidade, saúde bucal, saúde mental, saúde reprodutiva, saúde do escolar adolescente e prevenção de acidentes, cujas ações se desenvolviam em todos os níveis de atenção por equipes multidisciplinares de saúde, em centros de referência. Havia uma ênfase nas ações educativas e na participação dos adolescentes como multiplicadores de saúde (BRASIL, 1991).

O PROSAD apresentou uma proposta para atender necessidades específicas dos adolescentes, tais como: gravidez, doenças sexualmente transmissíveis, álcool e outras drogas. Ele foi o primeiro programa a se preocupar de forma específica com a saúde dessa população. No entanto, com o passar dos anos, gradativamente, a atenção em saúde foi descentralizada. Nesse sentido, observou-se uma reorientação do PROSAD para a APS, por meio da efetivação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes (JAGER et al., 2014).

Em 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente trouxe a prioridade na atenção integral a esta faixa etária, reassegurou o direito à vida e à saúde mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitissem o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso em condições dignas de existência. Em 1993, foram lançadas as primeiras Normas de Atenção à Saúde Integral do Adolescente, com a finalidade de orientar as equipes de saúde na atenção. O Ministério da Saúde ampliou em 1999 a especificidade no atendimento em saúde à faixa etária de 10 a 24 anos e elaborou uma Agenda Nacional sobre a saúde de adolescentes e jovens, com abordagem aos principais agravos à saúde nessa população (BRASIL, 2005).

Iniciaram-se as discussões para a criação, em 2005, da Secretaria da Juventude e o Conselho Nacional de Juventude, com objetivo de identificar e articular as ações para atender às necessidades dessa população. Nesse cenário, o Ministério da Saúde convocou

coordenadores estaduais e municipais de saúde, profissionais de saúde, universidades, conselhos profissionais e grupos organizados de adolescentes e de jovens, para desenvolver o processo de elaboração da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, terminado-o no final de 2005, após consulta pública (BRASIL, 2005).

Em 2006, iniciou-se à pactuação e discussão junto aos gestores estaduais e municipais do SUS, para posterior aprovação da política tendo em vista a garantia do direito constituído de adolescentes e jovens à saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2005).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens tem, como prioridade três eixos de ação definidos a partir do reconhecimento das questões prioritárias na atenção à saúde de adolescentes e jovens: crescimento e desenvolvimento saudáveis; saúde sexual e saúde reprodutiva; redução da morbimortalidade por violências e acidentes (BRASIL, 2005).

Entretanto, algumas dificuldades foram encontradas na implementação de ações de saúde com adolescentes e jovens, especialmente relacionadas a programas de saúde com oferta de serviços por demanda espontânea, porque de modo geral os adolescentes pouco frequentam os serviços de saúde para prevenção ou promoção da saúde. Criou-se então, em 2007, o PSE com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de Educação Básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde (BRASIL, 2009a).

No Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, o presidente da república Luiz Inácio Lula da Silva instituiu o PSE, no seu artigo 3º indica-se, especificamente, as equipes de Saúde da Família para constituir com a Educação Básica uma estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar (BRASIL, 2009a).

No artigo 4º, estão citadas as ações de saúde previstas no PSE, as quais devem considerar atividades de promoção, prevenção e assistência em saúde, como as apresentadas a seguir: avaliação clínica; avaliação nutricional; promoção da alimentação saudável; avaliação oftalmológica; avaliação da saúde e higiene bucal; avaliação auditiva; avaliação psicossocial; atualização e controle do calendário vacinal; redução da morbimortalidade por acidentes e violências; prevenção e redução do consumo do álcool; prevenção do uso de drogas; promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva; controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer; educação permanente em saúde; atividade física e saúde; promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar; inclusão de temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas (BRASIL, 2009a).

Destaca-se que, no PSE, cabem às equipes de Saúde da Família realizarem visitas periódicas e permanentes às escolas participantes do PSE para avaliar as condições de saúde dos educandos, bem como para proporcionar o atendimento à saúde ao longo do ano letivo, de acordo com as necessidades locais de saúde identificadas (BRASIL, 2012a).

Uma das necessidades dos escolares refere-se a prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento relacionado ao sobrepeso ou obesidade em crianças e adolescentes, devido a crescente prevalência desse problema de saúde e as doenças associadas (BRASIL, 2014b).

3.3 O ADOLESCENTE COM SOBREPESO OU OBESIDADE

Nos países europeus, no período de 2001 a 2011, a prevalência de sobrepeso ou obesidade infantil cresceu de 10% para 40% (OMS, 2012). Na América Latina o cenário não é diferente. A transição nutricional nesses países, inclusive no Brasil, foi caracterizada pela modificação nos hábitos alimentares, com a diminuição no consumo de verduras, grãos e frutas, e o aumento no consumo de gorduras e açúcar (BRASIL, 2014b).

O Brasil, no período de 1975 a 2010, passou de país rural para sociedade urbana/industrial, diminuiu os índices de mortalidade infantil e consolidou um aumento na renda da população. Esse conjunto de fatores permitiu reduzir o histórico problema da desnutrição; entretanto, neste mesmo período houve a crescente prevalência da obesidade (BRASIL, 2010b).

Uma pesquisa, realizada em todos os estados brasileiros e Distrito Federal, identificou prevalência de 23% de sobrepeso e 6,5% de obesidade em adolescentes do sexo masculino, e 20,1% de sobrepeso e 4,3% de obesidade em adolescentes do sexo feminino residentes na zona urbana. A média de prevalência nas capitais do Nordeste ficou em 18,6% de sobrepeso e 4,7% de obesidade entre os adolescentes (BRASIL, 2010b). Um estudo realizado em Natal, capital do Rio Grande do Norte, em 2013, identificou prevalência de 20,4% de adolescentes com sobrepeso e 8,4% com obesidade entre estudantes da rede estadual de ensino (VIEIRA et al., 2015).

Considera-se a obesidade uma doença crônica de origem multifatorial. Entre esses fatores, encontram-se a genética, endocrinopatias, baixa prática de exercício físico, alimentação inadequada, e hábitos familiares. A doença é caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, relacionado ao desequilíbrio entre a ingestão e o gasto energético. É associada a várias doenças, tais como: apneia do sono, acidente vascular cerebral, fertilidade reduzida, hipertensão, diabetes, dislipidemias, doenças cardiovasculares,

cálculo biliar, aterosclerose, alguns tipos de câncer (mama, útero, próstata e intestino), doenças pulmonares, problemas ortopédicos, entre outras (RECINE, RADAELLI, 2014).

Diante da crescente prevalência no Brasil, inclusive entre os mais jovens, e as vastas consequências advindas dessa doença crônica, o Ministério da Saúde tem preconizado atenção especial dos serviços que compõem a APS para prevenir, diagnosticar, tratar e encaminhar os casos para outros níveis, quando for necessário (BRASIL, 2014b).

Nas UBS, destaca-se o PSE, porque a escola é o local privilegiado para essa ação com os mais jovens; o 'Componente 1' deste Programa contempla a avaliação das condições de saúde, por meio da classificação nutricional dos escolares. Aqueles identificados com sobrepeso ou obesidade devem receber assistência de enfermagem, consulta médica e participar de grupos educativos. A porta de entrada para a avaliação das condições de saúde desses adolescentes é a UBS cujo território adscrito inclui a escola em que eles frequentam (BRASIL, 2014b).

O Ministério da Saúde recomenda a utilização dos indicadores antropométricos para avaliação e acompanhamento da saúde do adolescente. Para avaliação do estado nutricional, no Brasil, utilizam-se como referência os critérios recomendados pela OMS desde 1995. Essa avaliação consiste em mensuração do peso, altura, cálculo do IMC e classificação do estado nutricional por idade e sexo (BRASIL, 2012a).

A indicação do uso da curva de crescimento deve-se ao fato de subentender-se que, em condições adequadas de saúde, o crescimento é semelhante em diferentes etnias. O escore Z é uma escala utilizada em avaliações antropométricas de crianças e adolescentes para investigar situações de normalidade ou risco nutricional. As medidas do escore Z são mais específicas que os percentis, porque detectam com maior precisão os casos mais graves de risco nutricional (BRASIL, 2011c).

Para a classificação do estado nutricional do adolescente se recomenda a utilização do Escore Z. Nessa escala, primeiramente verifica-se o peso e a altura, em seguida calcula-se o IMC, por fim plota-se o resultado do IMC na curva de crescimento para o sexo, no ponto específico para a idade do adolescente. Obtém-se, portanto, a classificação que será: magreza acentuada ($< \text{Escore Z } -3$), magreza ($\geq \text{Escore Z } -3$ e $< \text{Escore Z } -2$), eutrofia ($\geq \text{Escore Z } -2$ e $\leq \text{Escore Z } +1$), sobrepeso ($> \text{Escore Z } +1$ e $\leq \text{Escore Z } +2$), obesidade ($> \text{Escore Z } +2$ e $\leq \text{Escore Z } +3$) ou obesidade grave ($> \text{Escore Z } +3$) (BRASIL, 2011c).

Após a coleta dos dados antropométricos, os mesmos devem ser colocados na curva e comparados aos anteriores, quando houver registro de avaliações prévias. Em caso de identificação de sobrepeso ou obesidade, a conduta do enfermeiro deve ser a seguinte:

identificar erros alimentares, orientar a mãe ou diretamente o adolescente sobre a importância da reeducação alimentar, respeitar as orientações de acordo com as normas contidas no próprio Manual e as condições socioeconômicas da família (BRASIL, 2014b).

Para a faixa etária de adolescentes é possível à equipe básica da ESF (médico e enfermeiro) sugerir ao adolescente com obesidade: diminuir gradativamente a quantidade de alimentos consumidos; utilizar uma ponta de faca de margarina em cada lado do pão; não repetir as porções de lanches e refeições; não comer na frente da televisão; mastigar devagar; comer nos horários preestabelecidos; visualizar as porções das refeições, dos lanches, de guloseimas e líquidos que são consumidos; alimentos fritos e ricos em gorduras devem ser contabilizados de maneira mais rigorosa; sucos, refrescos e refrigerantes devem ser consumidos na porção de um copo a cada refeição (BRASIL, 2014b).

Além disso, espera-se que esse profissional na APS verifique e estimule a atividade física regular, preferencialmente aquela disponível na própria comunidade. Sugere-se pedir apoio a equipe multidisciplinar do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (BRASIL, 2014b).

Todas essas orientações devem ser sugeridas como mudanças para hábitos saudáveis em toda a família. Também é atividade do enfermeiro da APS identificar os adolescentes com sobrepeso ou obesidade em maior risco metabólico, os quais deverão receber encaminhamento para o médico da UBS, para diagnóstico e intervenção o mais precoce possível (BRASIL, 2014b).

Para auxiliar na organização do processo de trabalho, o enfermeiro tem a sua disposição o Processo de Enfermagem, constituído de cinco etapas: Histórico (inclui a coleta de dados e o exame físico); Diagnóstico (relacionado aos problemas identificados); planejamento; implementação; e avaliação. Este processo representa o instrumento de trabalho do enfermeiro para, de maneira sistemática, identificar as necessidades do usuário e apresentar uma proposta de cuidado (SANTOS, 2014).

Além de seguir as etapas do Processo de Enfermagem é relevante utilizar uma linguagem comum da enfermagem, e a Taxonomia de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I, a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) e a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) vêm sendo utilizadas com esse fim.

Há Diagnósticos de Enfermagem (DEs) específicos para o problema abordado neste estudo. O DE Sobrepeso (233) é definido como a condição em que o indivíduo acumula gordura anormal ou excessiva para idade e sexo, a característica definidora para pessoa de 2 a 18 anos é estar com IMC > percentil 85 ou 25 kg/m², mas < percentil 95. O DE Obesidade (232) é definido como a condição em que o indivíduo acumula gordura anormal ou excessiva

para idade e o sexo, que excede o sobrepeso, a característica definidora é ser pessoa de 2 a 18 anos e estar com $IMC > 30 \text{ kg/m}^2$ ou $>$ percentil 95 para idade e sexo (HERDMAN, 2015).

De maneira semelhante, o estabelecimento de uma linguagem comum para determinação das intervenções de enfermagem relacionadas aos diagnósticos facilita a comunicação entre os enfermeiros e direciona a construção do plano de cuidado. Dessa forma, a NIC está relacionada com a terceira etapa do Processo de Enfermagem, a de planejamento da assistência.

A NIC lista as intervenções de enfermagem mais adequadas. Para os DEs ‘Sobrepeso’ e ‘Obesidade’, a intervenção indicada é “Assistência para reduzir o peso (1280)”, cujas atividades enfocam identificação de motivação para mudança de hábitos, erros alimentares, orientação para alimentação saudável, identificação de atividade física, incentivo à atividade física regular e acompanhamento periódico dos dados antropométricos (BULECHEK, BUTCHER, 2010).

Após aplicar a intervenção de forma participativa e empoderando o adolescente, o passo seguinte é avaliar as intervenções prestadas por meio dos resultados esperados. Para tanto, utiliza-se a NOC, que elenca os estados de saúde a serem avaliados com base em escalas que reproduzem respostas a uma intervenção. Espera-se descrever o estado, os comportamentos e as percepções ou sentimentos do cliente em resposta ao cuidado que lhe foi prestado (MOORHEAD et al., 2015).

Para o diagnóstico e intervenção de enfermagem propostos, o resultado esperado é “Comportamento de perda de peso (1627)”, cuja definição compreende as ações pessoais do paciente observadas por meio de dieta, exercícios e modificação do comportamento. Esse resultado é avaliado através de uma escala que elenca 27 indicadores, o enfermeiro avalia se o receptor do cuidado os evidencia e com que frequência se apresentam: nunca, raramente, às vezes, muitas vezes ou consistentemente; pontuando em 1, 2, 3, 4, 5, respectivamente. Quanto maior o valor, melhor resultado foi alcançado (MOORHEAD et al., 2015).

Assim, espera-se que o processo de enfermagem seja organizado de maneira a oferecer uma assistência de qualidade. No item a seguir serão apresentados os termos intervenção e programas de saúde, os quais são maneiras de organizar ações de saúde.

3.4 INTERVENÇÃO E PROGRAMA DE SAÚDE

O Ministério da Saúde do Brasil tem incentivado a busca por intervenções exitosas capazes de enfrentar os desafios apresentados aos serviços de saúde pública. Esses desafios

refletem a transição epidemiológica, com o aumento da incidência e da prevalência das doenças crônicas, e os potenciais impactos das intervenções em benefício da promoção de saúde e da prevenção de riscos e doenças (ANS, 2011).

De modo geral, defini-se intervenção como a ação de influenciar em determinada situação na tentativa de alterar o seu resultado (FERREIRA, 2003). Na área da saúde coletiva, o termo intervenções em saúde refere-se às intervenções que irão orientar uma mudança ou transformação em uma dada realidade, essa transformação pode se dar na estrutura e/ou no processo de determinada situação. Há alguns instrumentos utilizados para organizar essas intervenções, tais como: projetos ou programas em saúde e protocolos (CORDONI, 2013).

Nesse contexto, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) tem conduzido sua atuação no sentido de criar mecanismos que incentivem o desenvolvimento de programas para a promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, considerando as especificidades das políticas empreendidas pelo Ministério da Saúde e pela OMS. No cenário atual, observa-se a realização de inúmeras intervenções, porém, de forma desarticulada e sem um planejamento adequado, com frequente comprometimento dos resultados desejados (ANS, 2011).

Os programas de saúde são uma ótima opção para operacionalizar políticas de saúde. Defini-se programa como um conjunto de processos complexos que visam, por meio de objetivos específicos, a organização de práticas assistenciais (SILVA et al., 2014).

Programas podem assumir uma forma de "plano", quando se apresentam com caráter prescritivo para a intervenção, ou uma forma de "prática" quando se expressam como consubstanciais no cotidiano do trabalho (modo de trabalhar em saúde e modo técnico de intervir) e da organização social da produção e distribuição dos serviços (HARTZ, 1997).

O programa-plano normalmente é criado a partir das necessidades de saúde de uma população (HARTZ, 1997). Configura-se, portanto, como uma proposta de organização da atenção à saúde individual e coletiva de um dado território (SCHRAIBER et al., 2014).

No Brasil, os programas estão inseridos na área da política pública e contribuem de forma ampla: na produção de serviços sociais, no modo de produção de serviços em saúde e seus processos de trabalho, e na administração pública dos equipamentos prestadores de serviços (HARTZ, 1997).

No contexto da saúde, o "programa de saúde", tem como característica um conjunto de intervenções realizadas em um seguimento cronológico, com efeitos interdependentes (HARTZ, 1997). Os serviços podem utilizar um ou outro programa isolado, ou podem ser estruturados em uma lógica de funcionamento liderada pelos programas e, nesse caso, serão

operacionalizados sob um modelo de atenção denominado programação em saúde (SCHRAIBER et al., 2014).

No Brasil a organização dos serviços de saúde pública ocorre por meio da institucionalização de programas especiais, como programas de saúde da criança, mulher, tuberculose, hanseníase, dentre outros (TEIXEIRA, PAIM, 1990). Esses programas articulam a assistência médica com intervenções de saúde pública, instaurando ações preventivas e profiláticas como meio de controle sanitário das doenças da população (SCHRAIBER et al., 2014). Ademais, utilizam instrumentos de coletas de dados próprios e metas a serem atingidas, estruturados nas Secretarias de Saúde e financiados principalmente pelo Ministério da Saúde (SILVA, TEIXEIRA, COSTA, 2014).

Entre os instrumentos que podem ser incluídos em um programa de saúde ou de forma individual encontram-se os protocolos. Consideram-se protocolos roteiros de cuidados e das ações de gestão, elaborados por profissionais experientes e especialistas, a partir de evidências científicas, e que servem para orientar fluxos, condutas e procedimentos clínicos dos trabalhadores dos serviços de saúde (WERNECK, FARIAS, CAMPOS, 2009).

Os protocolos são instrumentos importantes para a resolução de diversos problemas na assistência e no gerenciamento dos serviços (WERNECK, FARIAS, CAMPOS, 2009). Especificam o que se faz, quem faz, como se faz e conduzem os profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde (PIMENTA et al, 2015).

Reconhece-se que tanto os programas quanto os protocolos facilitam as intervenções do enfermeiro, aperfeiçoam-nas, oferecem maior qualidade na assistência e se ajustam, também, às atividades da APS. No entanto, a caracterização que Hartz (1997) atribui a um programa em saúde, oferece, de forma abrangente, uma organização dos serviços com elementos protocolares e outras ações para além da clínica, como as educacionais e de articulação entre serviços em nível local.

O Ministério da Saúde, por meio de publicação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, sugere a elaboração de intervenções na forma de programas de saúde. Nas orientações para sua construção indica-se a reunião de especialistas na área para: definir os objetivos do programa, as áreas de atenção que serão abordadas, a população que será contemplada, as ações que serão implementadas e os resultados desejados (BRASIL, 2011b). Ao seguir essas recomendações é provável que seja criado um programa generalista, no qual não é prevista a participação da comunidade.

Com outra perspectiva e com a participação direta da comunidade, estudos (CRAEMER et al., 2014; ELSMAN et al., 2014) têm utilizado um método específico,

denominado mapeamento de intervenção, para a elaboração de programas de intervenção que visam à promoção da saúde de indivíduos que correm risco de ter um determinado problema de saúde ou que já estão doentes, mas que, por meio de intervenção para a promoção da saúde, especialmente as relacionadas à mudança de comportamento do grupo-alvo, é possível reverter o quadro (BARTHOLOMEW et al., 2011). Esse método é apresentado no capítulo a seguir.

4 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

Selecionou-se a abordagem de Mapeamento de Intervenção (*Intervention Mapping approach*), elaborada por Bartholomew et al. (2011), para servir de referencial teórico metodológico na construção da intervenção deste estudo por considerá-la apropriada para os objetivos propostos.

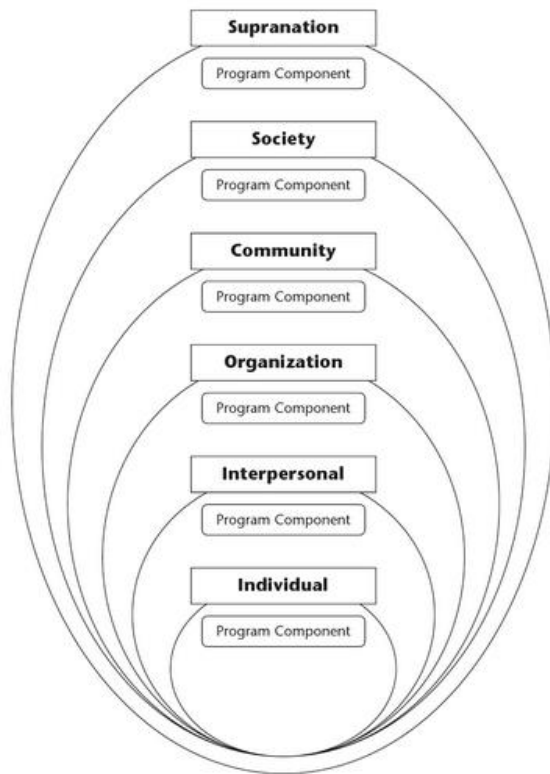
O Mapeamento de Intervenção é uma estratégia para o planejamento sistemático e explícito de intervenções na promoção da saúde, o qual permite o desenvolvimento de um programa lógico de ação educativa ou de prevenção com base no princípio de autodeterminação dos indivíduos e da comunidade. Desenvolvido na Universidade do Texas - Escola de Saúde Pública, em colaboração com a Universidade de Maastricht, Holanda (BARTHOLOMEW, 1998), essa abordagem tem sido amplamente utilizada na construção de intervenções em nível mundial.

Ressalta-se que, embora os autores do Mapeamento de Intervenção refiram-no como abordagem, neste estudo ele é considerado como método para construção da tecnologia que constitui o objeto de estudo. Os passos operacionais e os princípios teóricos e filosóficos que lhe embasam, constituem também referenciais para essa construção.

A abordagem filosófica deste método é o ecológico. O paradigma social ecológico incide sobre as inter-relações entre os indivíduos e suas características comportamentais, psicológicas, biológicas e seus ambientes. Esses ambientes incluem aspectos físicos, sociais e culturais que existem em vários domínios da vida do indivíduo e contextos sociais (BARTHOLOMEW et al., 2011).

O esquema dos ambientes permite múltiplas influências tanto verticais, entre os níveis, quanto horizontais. O quadro que emerge é uma complexa teia de causalidade, bem como um contexto rico para a intervenção. Ao olhar para os pontos de apoio mais eficazes dentro deste sistema, entre os diferentes níveis, reduz-se a complexidade e favorece o desenvolvimento de intervenções eficazes em vários níveis (BARTHOLOMEW et al., 2011). A figura 1 sintetiza essa visão global da abordagem ecológica.

Figura 1 – Esquema da abordagem ecológica em programas de promoção da saúde



Fonte: Bartholomew et al. (2011, p.11).

Ao considerar a abordagem ecológica, o mapeamento de intervenção ajuda o planejador a intervir diante dessa complexidade de forma sistemática e estruturada, o que torna mais fácil gerir a intervenção, sem simplificar seu potencial de ação (BARTHOLOMEW et al., 2011).

O mapeamento de intervenção é um processo que considera a importância de planejar programas que são baseados na evidência e teoria. Seus autores levaram em consideração os contextos social e físico como a causa de problemas de saúde e comportamentos de risco (BARTHOLOMEW et al., 1998).

O uso da teoria é necessário para assegurar que é possível descrever os aspectos do programa, que são intervenções generalizáveis e consistentes capazes de englobar todos os determinantes necessários para alcançar a mudança de comportamento esperada (BARTHOLOMEW et al., 1998).

O termo 'evidência' no mapeamento de intervenção não é apenas a representação das mais confiáveis pesquisas científicas, mas também a opinião e as experiências dos membros da comunidade e planejadores. Neste caminho, as evidências teóricas e empíricas são trazidas para atender às necessidades sociais e de saúde (BARTHOLOMEW et al., 2011).

O termo ‘saúde’ é definido como um valor instrumental a serviço de um todo, uma vida gratificante, similar ao definido pela OMS em 1986. Os autores do mapeamento de intervenção argumentam para uma abordagem social e ecológica, onde a saúde é visualizada como uma função individual e contextualizada, na qual a vida individual inclui as relações na família, no ambiente de trabalho, nas organizações, nas comunidades e sociedade como um todo (BARTHOLOMEW et al., 2011).

O mapeamento de intervenção é composto por seis etapas e cada uma contém algumas tarefas, detalhadas no quadro a seguir:

Quadro 1 - Etapas e tarefas do mapeamento de intervenção, segundo o modelo de Bartholomew et al. (2011). Natal/RN, Brasil, 2016

ETAPAS	DESCRIÇÃO DAS TAREFAS
1 - Avaliação das necessidades	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar as necessidades, sugere-se o modelo Predisposição, Reforço e Viabilização nos Diagnósticos Educacional/Ecológico e Avaliação (PRECEDE); - Avaliar a saúde, qualidade de vida, comportamento e ambiente; - Avaliar a capacidade; - Estabelecer um programa de resultados.
2 – Matrizes	<ul style="list-style-type: none"> - Expor as mudanças esperadas no comportamento e no ambiente; - Especificar objetivos de desempenho; - Especificar os determinantes; - Criar matrizes de objetivos de mudança.
3 - Métodos baseados em teoria e estratégias práticas	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar as ideias do programa com os participantes interessados; - Identificar métodos teóricos; - Escolher os métodos do programa; - Selecionar ou planejar estratégias; - Garantir que as estratégias alcancem os objetivos de mudança.
4 – Programa	<ul style="list-style-type: none"> - Deliberar com os participantes e implementadores pretendidos; - Criar uma lista com o alcance do programa, sequência, tema e materiais; - Projetar documentos e protocolos; - Testar o programa com o público-alvo e implementadores; orientar a produção dos materiais.

5 - Plano de adoção e implementação	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar implementadores e usuários; - Especificar implementação e objetivos de desempenho sustentáveis; - Especificar determinantes e criar matriz; - Selecionar métodos e estratégias; - Planejar intervenções para o programa.
6 - Plano de avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Descrever o programa; - Descrever questões para avaliar resultados e efeitos; - Escrever questões baseadas numa matriz; - Escrever o processo de questionamentos; - Desenvolver indicadores e escalas de medidas; - Especificar o plano de avaliação.

4.1 PRIMEIRA ETAPA: AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES

Na etapa 1, o planejador avalia o problema de saúde abordado, relatam-se as condições comportamentais e ambientais envolvidas, e associam-se aos determinantes presentes na população de risco. Essa avaliação engloba dois componentes, a saber: (1) uma análise científica, epidemiológica, comportamental e social de um grupo ou comunidade em risco para um determinado problema de saúde e (2) um esforço para conhecer e começar a entender as características da comunidade, seus membros e seu potencial (BARTHOLOMEW et al., 2011).

O produto da primeira etapa é uma descrição do problema de saúde, seu impacto na qualidade de vida, causas comportamentais e ambientais, e os determinantes. O mapeamento de intervenção sugere que a avaliação das necessidades seja realizada por revisão da literatura e coleta de dados segundo o modelo *PRECEDE* (BARTHOLOMEW et al., 2011).

O acrônimo *PRECEDE* é formado pelo termo *Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational Diagnosis and Evaluation* e constitui o primeiro componente de um modelo estrutural (*PRECEDE – PROCEED*), elaborado por Lawrence Green para o planejamento e a avaliação de programas de educação em saúde.

O objetivo do *PRECEDE* é identificar fatores predisponentes, facilitadores e fortalecedores que influenciam na aquisição de comportamentos. Utiliza uma abordagem participativa, indicada para criar intervenções exitosas na promoção de saúde comunitária,

defende a ideia de que a mudança de comportamento perdura quando os participantes são envolvidos em todo o processo (GREEN; KREUTER, 2005).

As fases empregadas do modelo *PRECEDE* pelo mapeamento de intervenção para avaliação das necessidades são as seis etapas a seguir: (1) diagnóstico social; (2) diagnóstico epidemiológico; (3) diagnóstico comportamental e ambiental; (4) diagnóstico educacional e organizacional; e (5) diagnósticos administrativo e de políticas (GREEN, KREUTER, 2005). As fases seguintes do *PRECEDE* (implementação, avaliação de processo, avaliação de impacto, e avaliação de resultados não são empregadas no mapeamento de intervenção, porque Bartholomew et al., (2011) tem um protocolo próprio para a elaboração de programas.

No diagnóstico social, avaliam-se a qualidade de vida e os obstáculos para melhorá-la. No diagnóstico epidemiológico, identifica-se a etiologia do problema de saúde, identificam-se as doenças associadas e o impacto na qualidade de vida, e a frequência deste problema de saúde na população-alvo. O diagnóstico comportamental e ambiental é avaliado por meio dos hábitos de vida e dos comportamentos relacionados que agravam o problema de saúde. Na fase do diagnóstico educacional/organizacional são listados os fatores predisponentes, facilitadores e reforçadores. Sobre o diagnóstico administrativo e de políticas, engloba a avaliação dos problemas organizacionais envolvidos, que facilitam ou impedem a aplicação exitosa do programa de saúde proposto (GREEN, KREUTER, 2005).

Para empregar o modelo, na etapa 1 do mapeamento de intervenção sugere-se a realização de grupos focais para coletar as evidências da comunidade e de revisão da literatura para identificar as evidências científicas. Apesar de em algumas situações um grupo focal ser suficiente para abranger as especificidades de um problema, geralmente é necessária a formação de alguns grupos focais para discutir os diferentes lados de um prisma (BARTHOLOMEW et al., 2011).

4.2 SEGUNDA ETAPA: MATRIZES DE OBJETIVOS DE MUDANÇA

A segunda etapa do mapeamento de intervenção fornece a base da intervenção porque especifica ‘quem’ e ‘o quê’ mudarão como resultado da intervenção. O objetivo da intervenção é subdividido em objetivos de desempenho, ou seja, são objetivos que se espera que sejam alcançados pelos grupos-alvo. Por exemplo, em um programa para aumentar o consumo de vegetais e frutas por crianças, matrizes foram criadas para as crianças e para os serviços de alimentação. Para esses serviços, em sua matriz houve mais de um objetivo:

gerenciar a compra priorizando alimentos orgânicos, desenvolver um cardápio com alimentos saudáveis, e os cozinheiros aceitam e aplicam as mudanças (BARTHOLOMEW et al., 2011).

Em seguida, combina-se cada objetivo de desempenho com seu determinante correspondente. Estes determinantes são selecionados por relevância (a força de relação com o problema) e mutabilidade (probabilidade real de uma intervenção influenciar a mudança no fator determinante) (BARTHOLOMEW et al., 2011).

Por fim, os objetivos de mudança são criados para especificar o que é necessário ser feito para alcançar os resultados de mudança nos determinantes comportamentais e/ou ambientais. Se para alcançar o objetivo geral da intervenção for necessário considerar diferentes grupos-alvo de intervenção, como no exemplo citado acima sobre o aumento do consumo de vegetais e frutas por pré-escolares, uma lista de objetivos de mudança deve ser criada para cada grupo-alvo (BARTHOLOMEW et al., 2011).

4.3 TERCEIRA ETAPA: MÉTODOS BASEADOS EM TEORIAS E ESTRATÉGIAS PRÁTICAS

Na terceira etapa, o planejador procura por métodos teóricos e estratégias práticas para mudar o comportamento dos indivíduos ou pequenos grupos, para promover mudanças organizacionais e em fatores sociais, na intenção de afetar o ambiente. Um método de intervenção é um processo definido por cada postulado teórico e pesquisa empírica que fornece evidência sobre como, talvez, mudar o comportamento de indivíduos, grupos ou estruturas sociais. Um exemplo é a modelagem, usada frequentemente para facilitar a mudança de comportamento (BARTHOLOMEW et al., 2011).

Dessa forma, na terceira etapa listam-se os métodos de intervenção relacionados aos objetivos de mudança elaborados na segunda etapa. Em seguida eles são usados para formular um programa de atividades que resultarão no alcance dos objetivos de mudança. Enquanto um método é uma técnica embasada teoricamente para influenciar condições comportamentais e ambientais, uma estratégia é um caminho de organização, operacionalização e entrega dos métodos de intervenção. A tradução dos métodos selecionados em uma ação é concluída por meio do desenvolvimento das estratégias (BARTHOLOMEW et al., 2011).

Exemplos de estratégias práticas incluem: reunião com membros da comunidade para desenvolver formas de alcançar o empoderamento, um diário para automonitoramento, e reunião de pessoas com problemas semelhantes que compartilhem experiências de dor e

superação (grupo de tentantes para engravidar, álcooltras, fumantes, etc.) (BARTHOLOMEW et al., 2011).

4.4 QUARTA ETAPA: PROGRAMA

Esta etapa inclui a descrição do alvo e a sequência dos componentes da intervenção, dos materiais e protocolos a serem utilizados. Esta etapa requer uma reconsideração das intenções dos participantes e do contexto em que esse programa será aplicado. Requer também realizar pré-testes das estratégias e materiais com os implementadores e usuários (BARTHOLOMEW et al., 2011).

É relevante ressaltar que os componentes e materiais devem ser selecionados considerando: as necessidades dos participantes, a viabilidade de implementação, os recursos disponíveis pelos órgãos financiadores do serviço de saúde e os objetivos de mudança. Assim, é possível que uma grande lista de materiais seja sugerida pelos participantes, mas o planejador tem que realizar as considerações acima descritas e selecionar as prioridades (BARTHOLOMEW et al., 1998).

4.5 QUINTA ETAPA: ADOÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO

O foco da quinta etapa está na adoção e implementação do programa. As considerações para implementação do programa começam desde a avaliação das necessidades (etapa 1), as quais serão revisadas neste ponto. A quinta etapa requer o desenvolvimento de uma matriz similar ao realizado na segunda etapa, exceto que essa matriz é uma síntese para facilitar a visualização geral da adoção e implementação justapostas aos objetivos de desempenho (BARTHOLOMEW et al., 2011).

O *link* de cada objetivo de desempenho com um determinante produz um objetivo de mudança para adoção e uso no programa. Métodos e estratégias são então combinados a esses objetivos para formar planos embasados teoricamente para adoção e implementação. Portanto, o produto é um plano detalhado para realizar a adoção e implementação do programa (BARTHOLOMEW et al., 2011).

4.6 SEXTA ETAPA: PLANO DE AVALIAÇÃO

Na sexta etapa, compete ao planejador completar o plano de avaliação, o qual começa na avaliação das necessidades e continua durante as demais etapas do mapeamento de intervenção. Nesse processo os planejadores tomam decisões quanto aos objetivos de

mudança, métodos, estratégias e implementação. Essas decisões, embora baseadas na teoria e evidências da própria pesquisa, talvez ainda não sejam as melhores. Para avaliar o efeito de uma intervenção, os pesquisadores avaliam as mudanças na saúde e qualidade de vida, comportamento, ambiente e os determinantes dos objetivos de desempenho (BARTHOLOMEW et al., 2011).

Todas essas variáveis são definidas em uma forma mensurável durante as etapas do processo. Avaliação dos efeitos pode vir a encontrar resultados positivos, negativos, mistos ou nenhum efeito. Os planejadores precisam questionar se os determinantes foram bem especificados, se as estratégias corresponderam bem aos métodos, mensurar a proporção da população que alcançou o esperado, e se a implementação foi completa e apropriada (BARTHOLOMEW et al., 2011).

5 MÉTODOS E PROCEDIMENTOS

5.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo metodológico com abordagem qualitativa, utilizou-se de abordagem quantitativa apenas para caracterizar os grupos participantes, desenvolvido entre agosto de 2015 e setembro de 2016.

Um estudo metodológico é adequado à verificação de métodos de obtenção, organização e análise de dados, para assim elaborar, validar e avaliar instrumentos e técnicas. Esse método é utilizado quando se tem o objetivo de construir um instrumento confiável, preciso e utilizável por outros profissionais (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

5.2 LOCAL DO ESTUDO

Realizou-se a pesquisa no Estado do Rio Grande do Norte, no município de Natal, em Unidades de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde e em escolas estaduais, localizadas nos quatro distritos demográficos do Município - norte, sul, leste e oeste .

O município de Natal tem 49 Unidades de Saúde distribuídas em cinco Distritos Sanitários: Sul (6), Leste (8), Oeste (12), Norte I (12) e Norte II (11). Esclarece-se que, em Natal, as UBS e as Unidades de Saúde da Família são ambas consideradas como Unidades de Saúde (PREFEITURA DO NATAL, 2015).

Quanto à população de escolas estaduais, o município possui 123 escolas estaduais de Ensino Fundamental II e Médio cadastradas na Secretaria Estadual de Educação e Cultura do Rio Grande do Norte, com 55.837 alunos matriculados (SIGEDUC, 2015a).

Optou-se por selecionar, por sorteio, uma Unidade de Saúde para representar cada distrito demográfico do município, e conseqüentemente identificar as necessidades locais. Assim, participaram da pesquisa, uma Unidade de Saúde e uma escola por distrito demográfico do município de Natal/RN (norte, sul, leste e oeste), totalizando quatro UBS e quatro escolas.

5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

O estudo contemplou a participação de três diferentes populações e amostras de participantes, detalhados a seguir. Destaca-se que os pais, mães ou responsáveis pelos

adolescentes escolares participaram; estes justificaram que não poderiam participar devido a compromissos de trabalho ou cuidados com os outros filhos.

5.3.1 Enfermeiros das UBS

A população de enfermeiros foi composta por aqueles que trabalhavam em UBS do município de Natal/RN. A amostra foi de quatro enfermeiros, ou seja, um representante de cada zona do Município, selecionada por amostragem aleatória simples, por sorteio. Para tanto, imprimiu-se o nome e respectivo endereço de todas as UBS do município de Natal e utilizaram-se quatro caixas com os nomes das UBS na respectiva caixa. Por fim, sorteou-se de cada caixa uma

Consideraram-se os seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro e trabalhar em UBS do município de Natal/RN cujo território adscrito tivesse, no mínimo, uma escola estadual. Utilizaram-se os seguintes critérios de exclusão: estar de férias ou licença médica no período da coleta de dados.

5.3.2 Adolescentes escolares

A população de adolescentes do estudo foi composta pelos 55.837 adolescentes matriculados em escolas estaduais de Natal/RN, no Ensino Fundamental II e Médio (SIGEDUC, 2015b).

Selecionaram-se as escolas participantes a partir das quatro UBS sorteadas, no território adscrito dessas UBS havia apenas uma escola estadual. Para seleção dos adolescentes optou-se por uma amostragem aleatória simples. Na escola participante, sorteou-se uma turma entre o 6º ano do Ensino Fundamental e o 3º ano do Ensino Médio, todos os adolescentes pertencentes a estas turmas foram convidados a participar da pesquisa.

Estabeleceu-se que uma amostra de 40 adolescentes seria o ideal, sendo 10 de cada escola participante, para formar quatro grupos focais de 10 membros cada. Porque, segundo Kitzinger (2009), para esta técnica de coleta de dados é aconselhável cerca de 10 participantes.

Apesar de se convencionar que o número ideal de participantes de um grupo focal seja de 6 a 10 pessoas, isto depende do nível de envolvimento dos participantes, porque se a temática abordada desperta interesse os participantes terão maior disposição para falar e, neste caso, o tamanho do grupo não deve ser grande. Com mais de dez participantes é mais difícil

para o moderador conduzir a discussão, permitir que todos expressem sua opinião e há uma tendência para o grupo se polarizar em pontos de vista, o que gera conflitos (GONDIM, 2002).

Nas turmas sorteadas todos os alunos foram submetidos à triagem, e convidaram-se apenas os classificados com sobrepeso ou obesidade para participar dos grupos focais. Em duas escolas (norte e leste), não se atingiu o número de 10 participantes na primeira turma, por isso sorteou-se uma segunda turma para complementar a amostra; assim, conseguiu-se manter o número de participantes em cerca de 10, conforme sugestão de Kitzinger (2009).

Caso os alunos classificados com sobrepeso ou obesidade na segunda turma excedessem o total de participantes em mais de 12, seria feito um sorteio entre os classificados com sobrepeso ou obesidade na segunda turma e admitiria-se apenas o total pretendido. Mas isso não foi necessário, porque, após triagem nas duas turmas, identificaram-se no total 11 participantes na zona norte e 10 na leste.

Na triagem, mensuraram-se os dados antropométricos em duplicata e considerou-se a média. Para o peso, utilizou-se a balança digital tipo portátil com bioimpedância, da marca *Beurer* (com precisão de 100 gramas), com os adolescentes descalços, com roupas leves e posicionados no centro da plataforma. Mediu-se a estatura com estadiômetro portátil da marca WCS (com precisão de 0,5 centímetro), com os adolescentes descalços, em posição ortostática, braços ao longo do corpo, pés unidos, joelhos esticados, cabeça orientada no plano horizontal de *Frankfurt*, após inspiração profunda (OMS, 1995).

Classificou-se o estado nutricional dos adolescentes segundo o Escore-Z, conforme os critérios da OMS, o qual é recomendado pelo Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2011c). A descrição desse modo de identificação do estado nutricional foi destalhada no item 3.3.

Os adolescentes identificados com sobrepeso ou obesidade participaram dos grupos focais, elaboração do programa proposto e teste das estratégias práticas incluídas no programa. Os demais adolescentes da turma, independente da classificação do estado nutricional, participaram da etapa de teste das estratégias práticas.

Consideraram-se os seguintes critérios de inclusão: ter entre 10 e 19 anos; e estar matriculado em escola estadual do Município de Natal. E o critério de exclusão foi estar de licença médica.

5.3.3 Professores das escolas estaduais

A população de professores foi formada por aqueles que atuavam nas quatro escolas estaduais do Município de Natal. Tendo em vista a técnica de coleta de dados ser por grupo focal, decidiu-se que a amostra em cada escola seria de 10 profissionais, haja vista que esse é um número aconselhável para essa estratégia (KITZINGER, 2009).

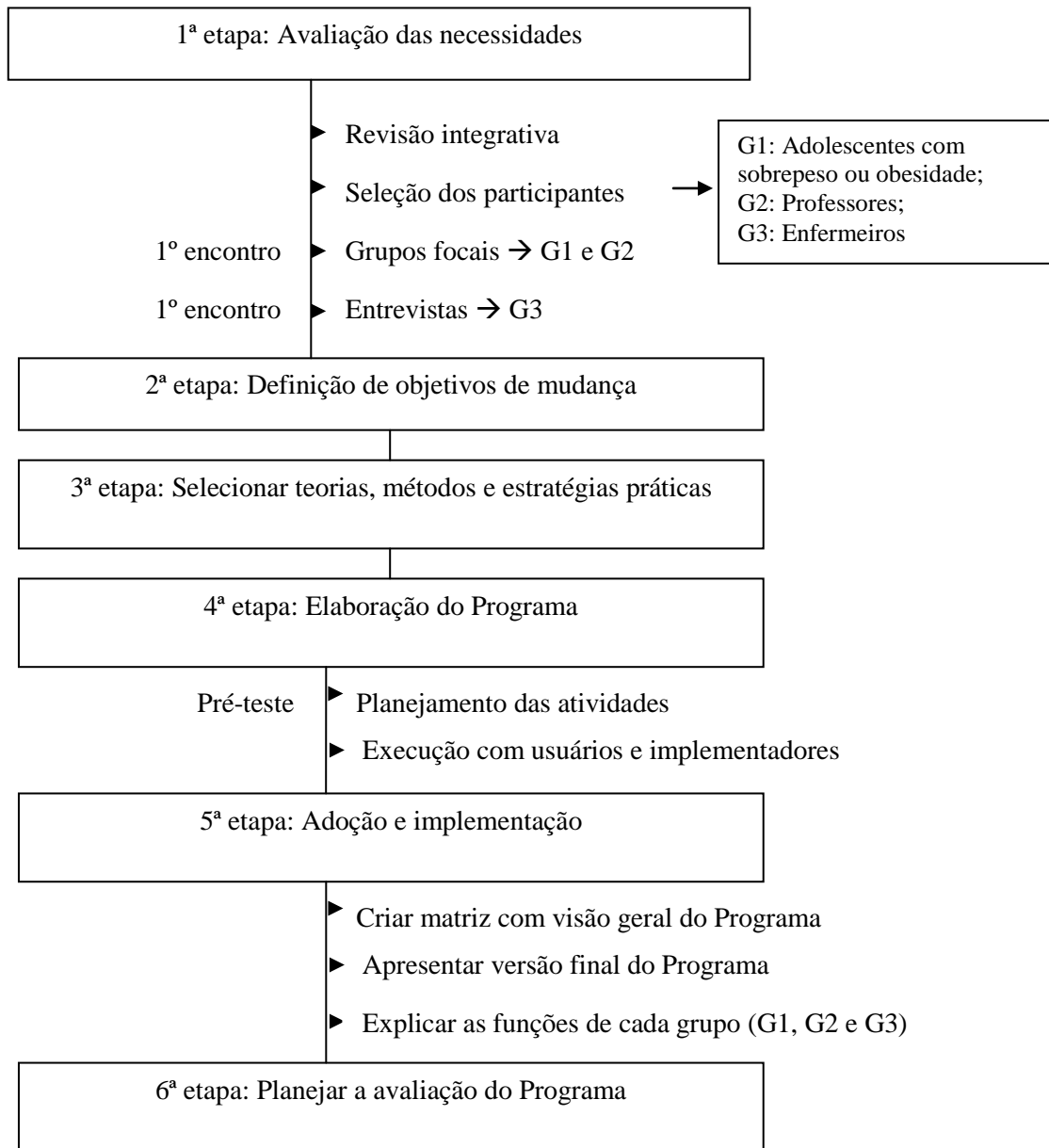
Para compor a amostra intencional, considerou-se como critério de inclusão ser professor ou funcionário de escola estadual do Município de Natal. Inicialmente todos os professores e funcionários das quatro escolas foram convidados a participar. Os profissionais decidiram se reunir para decidir quem seriam os dez representantes da escola. No entanto, nenhum funcionário disponibilizou-se a participar.

Dessa forma, todos os representantes da escola foram professores. A amostra foi composta por 40 professores, sendo 10 de cada uma das quatro escolas participantes. Foram excluídos da pesquisa os que não compareceram a nenhum grupo focal agendado.

5.4 APLICAÇÃO DO MÉTODO MAPEAMENTO DE INTERVENÇÃO

A seguir é apresentado um esquema síntese para visualização das etapas desenvolvidas durante a pesquisa (Figura 2).

Figura 2 – Síntese das etapas desenvolvidas. Natal/RN, Brasil, 2016



Fonte: Dados da pesquisa.

5.4.1 Primeira etapa: avaliação das necessidades

Para contemplar esta etapa realizaram-se algumas tarefas. A primeira foi uma revisão integrativa da literatura, na qual se identificaram as intervenções de enfermagem empregadas na APS diante da crescente prevalência de adolescentes com sobrepeso ou obesidade.

Buscou-se também na literatura dados sobre o impacto na qualidade de vida de adolescentes com obesidade, causas, doenças associadas, prevalência, determinantes sociais e comportamentais, políticas públicas e avaliação dos problemas organizacionais envolvidos,

segundo as orientações do modelo *PRECEDE*. Para isto, foram considerados artigos científicos e documentos do Ministério da Saúde e da OMS, bem como foram realizados grupos focais e entrevistas com a população-alvo.

No que se refere à identificação das evidências empíricas, optou-se por utilizar a técnica de grupo focal, considerando as recomendações de Kitzinger (2009), com os grupos dos adolescentes e dos professores nas escolas. Com os enfermeiros utilizou-se a técnica de entrevista, porque a demanda de trabalho na UBS não permitiu agendar encontros com os quatro enfermeiros juntos.

A seguir são descritos os procedimentos para cada um dos procedimentos realizados.

a) Revisão integrativa

Nesta etapa realizou-se uma revisão integrativa com o objetivo de identificar as intervenções de enfermagem empregadas para o adolescente com obesidade na APS. Adotaram-se os seis passos para desenvolvimento do método com rigor: identificar o tema e estabelecer a pergunta de pesquisa; estabelecer os critérios de inclusão e exclusão, buscar e selecionar a amostra; categorizar os estudos, analisar os estudos inclusos na pesquisa, interpretar os resultados e apresentar a revisão/síntese do conhecimento (COOPER, 1984).

Utilizou-se a seguinte questão norteadora: Quais as intervenções de enfermagem implementadas na assistência para o adolescente com sobrepeso ou obesidade na APS?

Os critérios de inclusão dos artigos foram: abordar intervenções de enfermagem para os adolescentes com obesidade na APS; estar disponível na íntegra, eletrônica e gratuitamente; estar publicado em português, inglês, espanhol ou francês; e estar indexado em uma das bases de dados pesquisadas (Base de Dados de Enfermagem (BDENF), *Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), Cochrane Plus, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PubMed, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Scopus. Considerou-se adolescente o indivíduo com idade entre 10 e 19 anos, conforme parâmetro da OMS (OMS, 2014).

Os critérios de exclusão foram: ser classificado como artigo de revisão, editoriais, cartas ao editor, repetidos em mais de uma base de dados utilizada e fora da faixa etária de adolescentes.

A busca de artigos nas bases de dados foi realizada em agosto de 2015, a data inicial não foi limitada e a data final foi 31 de julho de 2015. Utilizou-se o seguinte cruzamento com descritores e operadores booleanos: *Nursing AND Adolescent AND AND Overweight AND*

Obesity AND Primary Health Care. Essa busca resultou em 550 artigos. Primeiramente, leram-se todos os títulos e resumos; nessa seleção preliminar os 81 que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão passaram para a etapa seguinte, na qual os artigos foram lidos na íntegra. Após avaliação do texto completo, constatou-se que 10 artigos atendiam aos critérios estabelecidos e compuseram a amostra do presente estudo (Figura 3) Essa etapa de busca e seleção de artigos foi realizada por duas pessoas, as discordâncias foram resolvidas por consenso.

Figura 3 – Síntese da busca e seleção dos artigos. Natal/RN, Brasil, 2016

		Artigos excluídos	Artigos selecionados
BUSCA INICIAL	BDENF = 5	2 fora do tema, 2 repetidos e 1 revisão	n = 0
	CINAHL = 3	1 editorial e 2 fora do tema	n = 0
	COCHRANE = 113	110 revisão e 1 faixa etária	n = 2
	LILACS = 20	14 faixa etária, 2 revisão e 1 repetido	n = 3
	PUBMED = 17	9 fora do tema, 2 revisão e 2 faixa etária	n = 4
	SCOPUS = 390	369 fora do tema, 12 revisão, 6 faixa etária e 2 repetido	n = 1
	SCIELO = 2	2 fora do tema	n = 0

Fonte: Dados da própria pesquisa.

Os artigos foram selecionados e os dados das variáveis foram coletados (base de dados, título, objetivo, tipo de estudo e intervenções de enfermagem). Considerou-se intervenção de enfermagem todas as ações de saúde propostas por enfermeiros com a finalidade de prevenir, diagnosticar ou tratar adolescentes com sobrepeso ou obesidade.

Em seguida, as intervenções foram agrupadas por semelhança e classificadas segundo os oito domínios de competências para promoção da saúde, considerou-se o consenso apresentado no relatório da Conferência de Galway (BARRY, 2009). A seguir estão listadas as definições de cada domínio:

- (1) Catalização de mudança – significa permitir a mudança e capacitar indivíduos e comunidades para melhorar a sua saúde;
- (2) Liderança – significa proporcionar orientação estratégica, participação no desenvolvimento de políticas públicas saudáveis, mobilização e gestão de recursos para a promoção da saúde, ou capacitação dos profissionais;
- (3) Avaliação das necessidades – conduzir avaliação das necessidades dos indivíduos da comunidade e dos sistemas, os quais levam a identificação e análise dos determinantes que promovem ou comprometem a saúde;
- (4) Planejamento – desenvolver metas mensuráveis e objetivos em resposta à avaliação das necessidades, e identificar estratégias baseadas na teoria e prática;
- (5) Implementação – aplicar estratégias eficazes e eficientes, sensíveis e éticas para garantir a promoção da saúde, o que inclui a gestão de recursos humanos e materiais;
- (6) Avaliação – determinar o alcance, a eficácia e o impacto de programas de promoção da saúde;
- (7) Direitos – defender os direitos de promoção da saúde com e em nome dos indivíduos da comunidade;
- (8) Parcerias – trabalhar com a colaboração das disciplinas, setores e parceiros de modo geral, para aumentar o impacto e a sustentabilidade dos programas de promoção da saúde.

A análise dos dados foi descritiva e analítica, e as intervenções de enfermagem identificadas foram agrupadas entre os oito domínios de competências para a promoção da saúde. Optou-se por fazer essa classificação entre os oito domínios para sintetizar e agrupar as intervenções por semelhança, a fim de facilitar, nas etapas posteriores do mapeamento de intervenção, a escolha das intervenções a serem incluídas no Programa em construção.

Essa etapa foi realizada pela autora do presente estudo. Inicialmente identificaram-se as intervenções de enfermagem realizadas em cada artigo, em seguida analisou-se qual domínio cada intervenção contemplava.

b) Grupos focais

Utilizou-se a técnica de grupo focal para reunir indivíduos que tivessem relevante relação com o sobrepeso ou obesidade em adolescentes. Devido às diretrizes do PSE indicarem que as ações de vigilância em saúde para prevenção e controle de sobrepeso ou obesidade em adolescentes devem ser executadas preferencialmente no ambiente escolar (BRASIL, 2012a), este foi o espaço central no mapeamento de intervenção.

Formaram-se oito grupos focais: quatro grupos de adolescentes com sobrepeso ou obesidade de escolas estaduais (um grupo focal por escola participante); e quatro grupos de profissionais/professores (um grupo focal por escola participante).

Para cada grupo houve quatro encontros no decorrer de todo o mapeamento de intervenção para contemplar as tarefas de cada etapa, ocorreram sempre na própria escola, com duração entre 23 e 51 minutos. Os dias e horários foram acordados pelos grupos com a anuência do diretor da escola, buscaram-se horários que não atrapalhassem a rotina escolar, por exemplo: antes ou após os horários de aula, ou horários vagos.

A planejadora, assumindo a posição de coordenadora, responsabilizou-se pela moderação e planejamento dos encontros, a fim de suscitar as discussões de modo a abordar a temática esperada naquela etapa. Cada encontro tinha um objetivo relacionado a uma etapa do mapeamento de intervenção a ser alcançado, para isso a moderadora elaborou roteiros para cada encontro nos quais se especificavam temas a serem abordados.

Por exemplo, no primeiro encontro com os adolescentes o objetivo foi “avaliar as necessidades”. Para isso, era necessário abordar: a) diagnóstico social (abordar a qualidade de vida e os obstáculos para melhorá-la); b) diagnóstico epidemiológico (percepção sobre a etiologia do problema, doenças associadas e impacto na qualidade de vida); c) diagnóstico comportamental e ambiental (hábitos de vida e os comportamentos que agravam o problema); d) diagnóstico educacional/organizacional (fatores predisponentes, facilitadores e reforçadores); e) diagnóstico administrativo e de políticas (avaliação dos problemas organizacionais envolvidos, que facilitam ou impedem a aplicação exitosa do programa de saúde proposto).

Baseou-se no modelo *PRECEDE* para selecionar o que era necessário ser abordado no primeiro encontro com os três grupos-alvo. As reuniões tiveram o áudio gravado com a anuência dos participantes, com transcrição no Word. As transcrições foram realizadas por quatro graduandas de enfermagem treinadas para esta atividade.

Em seguida as falas foram agrupadas por semelhança e analisadas, tendo como produto a análise do discurso do sujeito coletivo (DSC). A autora do presente estudo foi responsável por esta etapa. A síntese das informações coletadas norteou todas as etapas do mapeamento de intervenção. Sem, contudo, englobar a análise fenomenológica ou dialética.

c) Entrevistas

Pela demanda de trabalho dos enfermeiros das UBS, não foi possível reuni-los em um grupo focal. Realizou-se a coleta de informações com esses participantes por meio de entrevista, individual e semiestruturada, em horários mais convenientes para cada um deles. As reuniões tiveram o áudio gravado, o qual foi transcrito no Word. Em seguida agruparam-se as falas dos enfermeiros por semelhança e foram analisadas, tendo como produto a análise do DSC.

5.4.2 Segunda etapa: Definição de objetivos de mudança

Na segunda etapa do mapeamento de intervenção, criaram-se matrizes. Primeiramente, subdividiu-se o objetivo geral da intervenção (favorecer a mudança de comportamento do adolescente) em objetivos de desempenho, ou seja, foram identificados os objetivos que se esperava que fossem alcançados pelos grupos-alvo: escolares, professores da escola e enfermeiros das UBS. Esses objetivos de desempenho foram selecionados com base nas evidências científicas e empíricas.

Em seguida, combinou-se cada objetivo de desempenho com seu fator determinante (comportamentais e ambientais) correspondente. Por fim, indicaram-se os objetivos de mudança, os quais especificaram o que seria feito por cada grupo-alvo para alcançar a mudança nos determinantes.

Com as matrizes foi possível relacionar os objetivos de desempenho com seus respectivos determinantes, bem como indicar os objetivos de mudança que melhor favorecem o resultado esperado. Para alcançar o objetivo geral foi necessário criar matrizes para os três grupos-alvo: adolescentes, professores da escola e enfermeiros das UBS.

5.4.3 Terceira etapa: Métodos baseados em teorias e estratégias práticas

Na terceira etapa, realizada entre os meses de novembro e dezembro de 2015, selecionaram-se teorias, métodos teóricos e estratégias práticas que pudessem influenciar na mudança de comportamento. Durante o processo, a autora do presente estudo e as enfermeiras participantes selecionaram primeiramente as teorias e os métodos teóricos; para isso, considerou-se a lista de objetivos de mudança elaborada da segunda etapa. Em seguida, as

teorias e métodos escolhidos foram traduzidos em estratégias práticas, as quais representaram um caminho de organização, operacionalização e entrega dos métodos de intervenção.

Buscou-se auxílio das intervenções identificadas por meio da revisão integrativa na etapa 1 e na taxonomia NIC para identificar as intervenções mais apropriadas, capazes de traduzir os objetivos de mudança, e seus respectivos métodos teóricos, em estratégias práticas. Os três grupos participaram na discussão e seleção das estratégias práticas, o que foi fundamental para avaliar a viabilidade de cada uma, porque a própria comunidade conhece suas dificuldades e potencialidades.

5.4.4 Quarta etapa: Programa

Nesta etapa, a planejadora descreveu o alvo do programa, ou seja, o problema abordado, determinantes, a população-alvo, os objetivos de desempenho e mudança, o local de intervenção, os implementadores e usuários. Em seguida, detalhou os componentes da intervenção elaborados com base nas etapas anteriores do mapeamento de intervenção; esses componentes contemplaram a descrição dos materiais e protocolos utilizados.

Esta etapa ocorreu entre dezembro de 2015 e abril de 2016. A primeira versão do Programa foi construída e apresentada aos participantes da pesquisa. Antes de concluir esta etapa, realizou-se o pré-teste das atividades, materiais e protocolos. Para isto, os próprios usuários e implementadores do programa testaram as estratégias práticas elencadas na terceira etapa, e a planejadora e doze graduandos de enfermagem da UFRN deram suporte nesta testagem. Em seguida, a planejadora e os participantes reavaliaram as modificações necessárias no conteúdo para concluir a elaboração do programa.

5.4.5 Quinta etapa: Adoção e implementação

O foco da quinta etapa foi auxiliar na adoção e implementação do programa. A quinta etapa contemplou o desenvolvimento de uma matriz, similar ao realizado na segunda etapa, exceto pelo fato dessa matriz ter colunas referentes à adoção e à implementação justapostas aos objetivos de desempenho; e foram agrupadas em um único quadro para facilitar a visão geral da participação de todos os três grupos.

Essa etapa ocorreu em agosto de 2016, reuniram-se os participantes por grupos, explicou-se o Programa, suas estratégias práticas e protocolos, a fim de esclarecer quanto à adoção e à implementação do programa.

5.4.6 Sexta etapa: Planejar a avaliação

Em setembro de 2016 realizou-se a sexta e última etapa do mapeamento de intervenção, a planejadora em conjunto com as enfermeiras participantes elaboraram um plano de avaliação do programa proposto, para avaliar o efeito da intervenção sob as mudanças na saúde e qualidade de vida, comportamento, ambiente e os determinantes dos objetivos de desempenho. O plano de avaliação está detalhado no capítulo ‘Resultados’.

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

Analisaram-se as falas registradas durante a realização dos grupos por meio do DSC. O qual é um discurso-síntese elaborado com pedaços de discursos de sentido semelhante. Trata-se de uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos que permite agregar depoimentos sem reduzi-los a quantidades (LEFÈVRE, LEFÈVRE, 2003).

Na técnica analisam-se os depoimentos, extraindo-se de cada um destes as ideias centrais e as suas correspondentes expressões-chave. A partir dos quais se compõe um ou vários discursos-síntese, que são o DSC. A técnica é utilizada em pesquisas qualitativas, seu uso permite fazer uma coletividade falar como se fosse um só indivíduo (LEFÈVRE, LEFÈVRE, 2003). Com a utilização desta técnica na análise das falas dos participantes dos grupos focais e entrevistas, coletaram-se informações para subsidiar o mapeamento de intervenção.

Para compreender o DSC é importante conhecer algumas definições: expressões chave (são pedaços, trechos do discurso, que devem ser destacados pelo pesquisador, e que revelam a essência do conteúdo do discurso); idéias centrais (nome ou expressão que revela, descreve e nomeia, da maneira mais sintética e precisa possível, o sentido presente em cada uma das respostas analisadas); ancoragem (expressão de uma dada teoria ou ideologia que o autor do discurso professa e que está embutida no seu discurso como se fosse uma afirmação qualquer). Assim, o DSC é um só discurso-síntese homogêneo redigido na primeira pessoa do singular de expressões chave que tem a mesma ideia central e ancoragem (LEFÈVRE, LEFÈVRE, 2003).

No que se referem aos dados quantitativos, relacionados à caracterização dos grupos participantes, eles foram organizados em banco de dados por meio de digitação em planilha do aplicativo *Microsoft Excel*. Após revisão da planilha e correção de erros, realizaram-se testes nesse mesmo aplicativo para análise descritiva dos dados.

A análise dos dados ocorreu concomitante com a coleta de dados, para subsidiar cada etapa do mapeamento de intervenção.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

Do ponto de vista normativo, o projeto, em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, Parecer nº 1.250.119 e CAAE nº 48378215.4.0000.5537 (ANEXO A). Antes, houve assinatura da carta de anuência para a realização da pesquisa com os professores e alunos de escolas estaduais de Natal/RN, emitida pela Secretaria de Educação e Cultura do Estado do Rio Grande do Norte (ANEXO B). E anuência para realização da pesquisa com os enfermeiros das UBS do município, pela Secretaria de Saúde de Natal/RN (ANEXO C).

Posteriormente, a planejadora agendou uma visita com os enfermeiros das UBS de Natal/RN em seus locais de trabalho. Na oportunidade, esclareceram-se os objetivos do estudo e a importância de sua participação. Os que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Uma vez recebido o consentimento dos enfermeiros das UBS participantes, identificaram-se as escolas estaduais presentes no território adscrito da UBS. Em seguida, a planejadora responsável agendou uma visita com o diretor da escola, e na oportunidade esclareceram-se os objetivos do estudo e a importância da participação da escola. Aos funcionários e professores das escolas foram esclarecidos quanto aos objetivos do estudo e à importância de sua participação. Os que concordaram em participar assinaram o TCLE (APÊNDICE A).

Esclareceram-se a todos os adolescentes das turmas sorteadas os objetivos da pesquisa e a importância de sua participação. Eles precisaram solicitar aos pais/responsáveis a concordância de sua participação na pesquisa, por meio da anuência por escrito a partir do TCLE (APÊNDICE B). Necessitou-se também que o adolescente atestasse seu interesse em participar, por meio do Termo de Assentimento assinado pelo adolescente, uma testemunha e a planejadora responsável (APÊNDICE C).

Durante as reuniões com os grupos focais e entrevistas gravou-se o áudio; para isso cada participante foi esclarecido, todos concordaram, e solicitou-se a assinatura do termo para a gravação de voz. No caso dos adolescentes, seus pais ou responsáveis assinaram este termo (APÊNDICE D).

6 RESULTADOS

6.1 DESCRIÇÃO DOS PARTICIPANTES

a) Enfermeiros da UBS

Participaram da pesquisa quatro enfermeiras, com idade entre 32 e 59 anos, com tempo de trabalho na Secretaria Municipal de Saúde de Natal que variou de três a 21 anos e tempo de trabalho em UBS que variou de um ano e seis meses a sete anos.

b) Adolescentes escolares

Nas turmas sorteadas todos os alunos foram submetidos à triagem, o que representou 114 adolescentes, dentre os quais 41 (36%) foram classificados com sobrepeso ou obesidade.

Na Tabela 1 está detalhada a quantidade de adolescentes submetidos à triagem e classificados com sobrepeso ou obesidade.

Tabela 1 – Descrição dos adolescentes participantes submetidos à triagem e classificados com sobrepeso ou obesidade. Natal/RN, Brasil, 2016

ESCOLAS	PARTICIPANTES (n)	
	Submetidos à triagem	Classificados com sobrepeso ou obesidade
Norte	37	11
Leste	31	10
Oeste	25	10
Sul	21	10
Total	114	41

Fonte: Dados da própria pesquisa.

Dentre os 41 adolescentes identificados com sobrepeso ou obesidade, prevaleceu a participação do sexo feminino, maiores de 15 anos, pardos, com renda familiar mensal inferior a um salário mínimo e escolaridade materna de ensino fundamental incompleto, conforme detalhado na Tabela 2.

Tabela 2 – Características socioeconômicas dos adolescentes participantes identificados com sobrepeso ou obesidade. Natal/RN, 2016 (n=41)

VARIÁVEIS	N	%
Sexo		
Feminino	26	63,5
Masculino	15	36,5
Idade		
Entre 10 e 14 anos	12	29,2
Entre 15 e 19 anos	29	70,8
Renda familiar mensal		
≤ 1 salário mínimo	22	53,6
> 1 salário mínimo	19	46,4
Raça		
Pardo	19	46,4
Branco	10	24,3
Negro	9	22,0
Amarelo	3	7,3
Escolaridade materna		
Ensino fundamental incompleto	16	39,0
Fundamental completo	12	29,2
Médio completo	12	29,2
Superior completo	1	2,6

Nota: Considerou-se o salário mínimo vigente em outubro de 2016 de R\$ 788,00.

c) Professores das escolas estaduais

Dentre os 40 professores, participaram 38 (95%) pessoas do sexo masculino, sendo 14 com formação na área de Ciências Biológicas (35%), oito em Língua Portuguesa (20%), oito em Matemática (20%), sete em Educação Física (17,5%), dois em Geografia (5%) e um em História (2,5%). Com tempo de trabalho em escolas estaduais de Natal/RN entre seis e 31 anos, e tempo de serviço na escola participante entre três e 19 anos.

6.2 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AO ADOLESCENTE COM SOBREPESO OU OBESIDADE

Identificou-se, na revisão integrativa da literatura, que a escola foi o espaço mais utilizado para realizar as intervenções de enfermagem para essa clientela, com parceria entre os profissionais da saúde e da educação (REILLY; KELLY, 2011; GELLAR et al., 2012; LORI, 2013; PBERT et al., 2013).

Os resultados dos artigos selecionados destacaram a importância de haver na APS parcerias com determinados grupos, a fim de planejar intervenções viáveis e exitosas, para a problemática em análise os grupos indicados foram: adolescentes escolares, professores, enfermeiros e pais (GELLAR et al., 2012; PBERT et al., 2013), conforme detalhado no Quadro 2. Destaca-se que na presente pesquisa os pais, mães ou responsáveis não participaram, apesar de terem sido convidados, afirmaram não ter disponibilidade de tempo devido ao trabalho ou cuidados com os outros filhos.

Quadro 2 - Características dos grupos relacionados à problemática do sobrepeso ou obesidade em adolescentes. Natal/RN, Brasil, 2016

GRUPOS	CARACTERÍSTICAS
Adolescentes escolares com sobrepeso/obesidade	Indivíduo entre 10 e 19 anos, com potencial para adquirir conhecimentos sobre hábitos saudáveis com a finalidade de perder peso e ter uma vida mais saudável.
Professores das escolas	Profissional que participa do dia a dia do adolescente no seu principal espaço de convívio, a escola, com potencial para estimular a mudança de comportamento e hábitos mais saudáveis entre os seus alunos.
Enfermeiros de Unidades Básicas de Saúde	Profissional que está inserido no cotidiano das escolas públicas brasileiras e possui conhecimento teórico/prático para auxiliar na mudança de hábitos e conseqüentemente na redução de peso dos adolescentes
Pais, mães ou responsáveis	Responsáveis legais pelos adolescentes, geralmente compartilham com os filhos os mesmos hábitos de alimentação e atividade física, sendo importante a sua colaboração na mudança de hábitos e redução de peso dos filhos.

No que se refere à descrição das intervenções de enfermagem utilizadas com a população de adolescentes com obesidade na APS, elas são apresentadas a seguir (Quadro 3) e distribuídas por meio da classificação dos domínios de competências para a prática de promoção da saúde, especificados no relatório da Conferência de Galway realizada em 2008 na Irlanda (BARRY, 2009).

Quadro 3 – Intervenções de enfermagem para o adolescente com sobrepeso ou obesidade, segundo os domínios de competências para promoção da saúde da Conferência de Galway. Natal/RN, Brasil, 2016

DOMÍNIOS DE COMPETÊNCIAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Catalização de mudanças	<p>Empoderamento do adolescente (BANKS, 2012; LOVE-OSBORNE, 2014);</p> <p>Empoderamento do enfermeiro atuante na APS (ISMA, 2013);</p> <p>Educação em saúde (BANKS, 2012; GONZÁLEZ-JIMÉNEZ, 2014; LOVE-OSBORNE, 2014; RIGGS, 2014; MARIZ, 2012);</p> <p>Aconselhamento (RIGGS, 2014);</p> <p>Intervenção centrada na família (BANKS, 2012; MARIZ, 2012; RIGGS, 2014);</p> <p>Orientação quanto à alimentação saudável (MELNIK, 2013; BANKS, 2012; MARIZ, 2012; MARIZ, 2013; GONZÁLEZ-JIMÉNEZ, 2014);</p> <p>Orientação quanto à prática regular de atividade física (BANKS, 2012; GONZÁLEZ-JIMÉNEZ, 2014; MARIZ et al., 2012; MELNIK, 2013).</p>
Liderança	<p>Capacitação dos enfermeiros para identificar o sobrepeso ou obesidade, e saber comunicar esse diagnóstico ao adolescente (MOORHEAD, 2011);</p> <p>Capacitação dos enfermeiros para liderarem programas de tratamento para perda de peso* na comunidade (BANKS, 2012; ISMA, 2013).</p>
Avaliação das necessidades	<p>Avaliação da motivação dos adolescentes com o tratamento (LOVE-OSBORNE, 2014);</p> <p>Avaliação dos hábitos de alimentação (MARIZ et al., 2013; RIGGS, 2014; GONZÁLEZ-JIMÉNEZ, 2014);</p> <p>Avaliação dos hábitos de atividade física (MELNIK, 2013; RIGGS, 2014; GONZÁLEZ-JIMÉNEZ, 2014);</p> <p>Avaliação das dificuldades em aderir ao tratamento (MARIZ, 2012; MARIZ, 2013; RIGGS, 2014)</p> <p>Avaliação do contexto psicossocial do adolescente (BANKS, 2012; GELLAR, 2012; MELNIK, 2013);</p> <p>Avaliação da influência do contexto familiar nos hábitos do adolescente e na colaboração ao tratamento (MARIZ, 2012; RIGGS, 2014).</p> <p>Avaliação do conhecimento dos enfermeiros da APS sobre suas competências na prevenção e tratamento de obesidade (BANKS, 2012; ISMA, 2013);</p> <p>Avaliação dos programas para perda de peso* na comunidade (BANKS, 2012).</p>
Planejamento	<p>Planejamento de programa para perda de peso* na escola (LOVE-OSBORNE, 2014);</p> <p>Planejamento de programa de tratamento de adolescentes com obesidade na comunidade (MELNIK, 2013; GONZÁLEZ-JIMÉNEZ, 2014; RIGGS, 2014);</p> <p>Planejamento de um projeto para sensibilizar e capacitar os enfermeiros da APS para prevenir e tratar adolescentes com obesidade (MOORHEAD, 2011);</p> <p>Planejamento de ações de promoção da saúde a serem aplicadas por equipes multiprofissionais (MARIZ et al., 2012);</p>

	MARIZ et al., 2013); Planejamento da transferência de uma clínica para perda de peso* de um hospital para unidades da APS (BANKS, 2012); Planejamento da assistência de enfermagem baseado em marcos teóricos (GELLAR, 2012).
Implementação	Inclusão de um enfermeiro no quadro de profissionais da escola para prevenir e tratar os casos de obesidade (LOVE-OSBORNE, 2014); Ações desenvolvidas em grupo de adolescentes (GELLAR, 2012; MELNIK, 2013; RIGGS, 2014; GONZÁLEZ-JIMÉNEZ, 2014); Ações desenvolvidas por equipe multiprofissional (MARIZ et al., 2012; MARIZ et al., 2013; GONZÁLEZ-JIMÉNEZ, 2014); Programa para perda de peso* implementado pelo enfermeiro comunitário (BANKS, 2012).
Avaliação do impacto da intervenção	Avaliação dos resultados das intervenções realizadas para promoção da saúde (BANKS, 2012; GELLAR, 2012; MELNIK, 2013; MARIZ et al., 2013; GONZÁLEZ-JIMÉNEZ, 2014; LOVE-OSBORNE, 2014); Avaliação das dificuldades para realização das intervenções (MARIZ et al., 2013; GONZÁLEZ-JIMÉNEZ, 2014; RIGGS, 2014).
Direitos	Gerar orientações para planejamento das políticas públicas para prevenção e tratamento da obesidade (MOORHEAD, 2011).
Parcerias	Parceria do enfermeiro atuante na APS com o educador física da escola (MELNIK, 2013; GONZÁLEZ-JIMÉNEZ, 2014; LOVE-OSBORNE, 2014); Parceria com a família do adolescente (MARIZ et al., 2012; MARIZ et al., 2013; RIGGS, 2014); Parceria do enfermeiro com equipe multiprofissional (MARIZ et al., 2012; MARIZ et al., 2013); Parceria entre o serviço de tratamento hospitalar e a APS (BANKS, 2012; GELLAR, 2012).

Legenda: *O termo “*weight loss*” foi traduzido para “perda de peso”.

Entre os artigos selecionados, nenhuma intervenção de enfermagem para os adolescentes com obesidade na APS contemplou os oito domínios de competências para a prática de promoção da saúde. Destacaram-se os domínios de competência ‘catalização mudança’, ‘avaliação das necessidades’ e ‘planejamento’ como os mais presentes nas intervenções de todos os artigos selecionados e o domínio de competência ‘direito’ foi abordado apenas em uma intervenção.

De modo geral, as intervenções de enfermagem que têm sido direcionadas à promoção da saúde nessa clientela buscaram: empoderar os adolescentes para assumirem o papel de protagonistas no seu tratamento para perda de peso; avaliar as necessidades além das questões meramente biológicas, com interesse na influência dos aspectos psicossociais; e elaborar um planejamento baseado nas possibilidades e limitações da comunidade, com utilização da rede de apoio disponível, especialmente familiar e escolar.

6.3 AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES

6.3.1 Modelo *PRECEDE*

A seguir estão descritos os resultados referentes à avaliação das necessidades com os passos do modelo *PRECEDE*, no qual se integram a síntese dos grupos focais através do DSC dos participantes e as evidências identificadas na literatura. O modelo *PRECEDE* indica que essa avaliação seja organizada em forma de diagnósticos.

a) Diagnóstico social: qualidade de vida e obstáculos para melhorá-la

O primeiro tema de avaliação das necessidades foi o Diagnóstico social, o qual abordou a qualidade de vida e os obstáculos para melhorá-la.

Considera-se qualidade de vida como um conceito amplo que aborda fatores relacionados à saúde, como bem-estar físico, funcional, emocional e mental, como também outros elementos importantes, tais como: trabalho, família, amigos, e outras circunstâncias do cotidiano (GILL, FEISNTEIN, 1994).

Em uma tese de doutorado sobre abordagem ao adolescente com obesidade, os adolescentes descreveram as principais dificuldades enfrentadas por estar com obesidade, as quais foram: discriminação e exclusão social, prejuízo da autoestima e dificuldades com o vestuário. No que se refere às dificuldades em seguir o tratamento, indicado eles citaram: insatisfação com a condução do tratamento, compulsão alimentar, exposição a um ambiente obesogênico e as relações conflituosas (OLIVEIRA, 2008).

Para contemplar a visão dos adolescentes participantes da presente pesquisa, abordou-se a temática sobre qualidade de vida e as dificuldades para melhorá-la. A seguir está representada a síntese das percepções expressas pelos adolescentes, conforme os preceitos do DSC:

“É uma delícia comer tudo que quero: salsicha, miojo, refrigerante, biscoito recheado, qualquer comida com açúcar ou fritura. É ótimo sentir a barriga cheia, mas acho que esses alimentos fazem mal à saúde, porque engorda e ser gordo é chato. Não consigo comprar roupas da moda, elas não cabem em mim, tenho vergonha de fazer atividade física na escola, porque sinto falta de ar, fico molhado de suor e não consigo acompanhar meus colegas até o final. Outra coisa ruim é ouvir gracinhas, sou chamado de baleia, elefante e outras coisas piores, às vezes finjo não ouvir ou tento levar na brincadeira, mas dói, prefiro ficar quieto, porque quando pedi para parar foi pior, pegaram mais no meu pé. Evito falar na sala de aula, é melhor ficar isolado e não ser notado. Tem dias que não quero vir à escola.” (DSC, adolescentes)

Observa-se que os participantes apresentaram o ato de comer como uma ação prazerosa, eles reconheceram que esse comportamento alimentar causa obesidade, o que prejudica sua qualidade de vida, como evidenciado na dificuldade de fazer exercícios físicos, comprar roupas da moda e se relacionar com os colegas. Destacaram o *bullying* que sofrem na escola.

b) Diagnóstico epidemiológico: consequências e prevalência

O sobrepeso e a obesidade representam uma condição caracterizada por doença crônica não transmissível, associada a várias complicações, entre as quais: doenças cardiovasculares, endócrino-metabólicas, ortopédicas, distúrbios do sono, respiratórias, cânceres e doenças psicossociais (BRASIL, 2014b).

No que se referem aos problemas psicossociais à pessoa com obesidade pode apresentar: ansiedade, angústia, baixa autoestima, sentimentos de culpa e isolamento social. Estar com problemas no campo social e emocional pode constituir a causa primária do processo de ganho de peso e tem impacto negativo na qualidade de vida (LUIZ et al., 2010).

No Brasil, é o desvio nutricional mais relevante em toda a população, em 2010 estava presente em aproximadamente 18,5% dos adolescentes (BRASIL, 2010b). Como ressaltado anteriormente, em Natal/RN, Brasil, identificou-se prevalência, em 2013, de 28,8%, superior à média nacional (VIEIRA et al., 2015).

Observa-se, então, que estar com sobrepeso ou obesidade aumenta o risco de ter uma série de doenças físicas e psicossociais, em curto ou longo prazo, e pode vir a comprometer a qualidade de vida. Trata-se do problema nutricional com maior prevalência no Brasil, presente também entre a população de adolescentes.

c) Diagnóstico comportamental e ambiental: causas

Entre as causas do sobrepeso e da obesidade estão relacionados fatores biológicos, históricos, ecológicos, econômicos, sociais, culturais e políticos. Essa condição tem como determinantes proximais o padrão alimentar e o dispêndio energético, ou seja, o indivíduo mantém o padrão alimentar caracterizado pelo elevado percentual de consumo de alimentos ricos em açúcar, gorduras saturadas, trans, e sal, e pelo baixo consumo de carboidratos complexos e fibras. Somado a isso, perpetua hábitos sedentários (OMS, 2012).

O cenário mundial reflete uma população com hábitos de vida que favorecem o ganho de peso. A venda de alimentos ultraprocessados (biscoitos, embutidos, refrigerantes e refeições prontas) continua crescendo e as empresas, fortalecendo essa tendência, desenvolvem estratégias de *marketing* para estimular o consumismo desde a infância. Utilizam propagandas com desenhos animados e associam o consumo de *fast-foods* com o ganho de brinquedos (BRASIL, 2014b).

A seguir está representada a síntese das percepções expressas pelos adolescentes, no que se refere aos hábitos relacionados à obesidade:

“Sou gordo porque como muito, mas não é só isso, meus parentes também são assim, então tem alguma coisa genética, e lá em casa gostamos de comer. O problema é que toda comida boa engorda. A Coca-Cola, por exemplo, é viciante, quando abro a latinha faz o barulhinho, tem aquele cheirinho e o gosto é o melhor. Quando abro a Cola-Cola estou abrindo a felicidade. O lanche da escola é cuscuz, sopa ou arroz com carne, eu não quero comer isso às 15 h, então vou à cantina e compro salgadinho com refrigerante ou baganas [guloseimas]. Sobre exercícios físicos, eu fazia quando era criança, a escola obrigava, agora não tem mais e a nota de educação física é com prova escrita. Meu lazer é assistir televisão, jogar vídeo-game, ficar no celular, dormir e comer. É por isso tudo que sou gordo.” (DSC, adolescentes)

Os professores foram questionados se o sobrepeso ou obesidade estavam presentes entre seus alunos e, se sim, quais as possíveis causas. A seguir está representada a síntese:

“Os alunos cresceram muito nos últimos 10 ou 20 anos. Cresceram para cima na altura e para os lados na obesidade. Antes o lanche era o da escola e eles comiam tudo, agora compram na cantina e se enchem de besteira, fritura, doce e refrigerante. Os pais antes estavam presentes na escola, agora sumiram, estão muito ocupados com essa vida corrida. Então, a obesidade deve ser reflexo da vida agitada, comem muito e errado, não fazem exercício físico. Infelizmente, por falta de professores em todas as escolas estaduais do município, a Secretaria de Educação retirou a obrigatoriedade de educação física com exercícios práticos, para ter a nota eles fazem prova. Se eles não se exercitam na escola, acho difícil eles fazerem alguma coisa com os colegas da comunidade.” (DSC, professores das escolas)

A visão das enfermeiras sobre este mesmo aspecto está sintetizada a seguir:

“A obesidade é multicausal, tem o fator genético, mas com certeza os hábitos comportamentais sobressaem. Na população toda, comemos em maior quantidade, com menos nutrientes, mais caloriais e não exercitamos o corpo. O resultado é esse, mais e mais pessoas com obesidade.” (DSC, Enfermeiras)

A literatura consultada e os participantes da pesquisa concordaram a respeito da multicausalidade do sobrepeso e da obesidade, com significativa influência da sociedade na perpetuação de hábitos não saudáveis. Eles destacaram os comportamentos alimentares e de exercícios físicos como as principais causas, os quais são fatores determinantes e modificáveis. Destaca-se que no discurso dos professores eles incluíram como possíveis causas da obesidade em adolescentes a ausência dos pais, a falta de professores de Educação Física na escola e a venda de alimentos não saudáveis na cantina.

d) Diagnóstico educacional e organizacional

Para facilitar a visualização do resultado deste passo do *PRECEDE*, utilizou-se de um quadro para listar os fatores predisponentes, facilitadores e reforçadores; seguiram-se as recomendações dos autores (GREEN, KREUTER, 2005) e este quadro foi construído pelas enfermeiras participantes da pesquisa.

Quadro 4 – Diagnóstico educacional e organizacional relacionado à assistência de enfermagem ao adolescente com sobrepeso ou obesidade na APS. Natal/RN, Brasil, 2016

FATORES	RELAÇÃO	POTENCIAL DE MUDANÇA
PREDISPONENTES a) Conhecimento c) Atitude	a) O conhecimento sobre causas, consequências e tratamento é a chave para sensibilizar o adolescente. b) O conhecimento empodera, mas a mudança de atitude é individual.	a) alta; b) média.
FACILITADORES a) Cuidado com a própria saúde b) Disponibilidade de recursos públicos c) Prioridade do governo com a saúde dessa população d) Ambiente	a) Eles acham que não adoecem e consequentemente descuidam de si. b) O PSE não oferece recursos humanos suficientes. c) Há um aumento nos investimentos para prevenção e controle da obesidade nos jovens. d) É necessário envolver o ambiente comunitário, escola e família, para	a) média; b) média; c) alta; d) alta.

	obter resultados positivos.	
REFORÇADORES a) Família b) Colegas de escola c) Professores d) Profissionais da saúde	a) A família pode reforçar de maneira positiva ou negativa. b) Eles são cruéis, o <i>bullying</i> precisa ser abordado e punido. c/d) Em conjunto formarão o vínculo que permitirá a inserção de ações de saúde na escola.	a) alta; b) média; c) alta; d) alta.

e) Diagnósticos administrativo e de políticas

No Brasil, há a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens, a qual tem o compromisso de incorporar a atenção à saúde deste grupo populacional à estrutura e mecanismos de gestão, à rede de atenção do SUS e às ações e rotinas do SUS em todos seus níveis. Ela serve de norte às diversas ações, serviços e programas do setor de saúde nas esferas federal, estadual e municipal (BRASIL, 2010c).

Apesar de não citar diretamente o problema do sobrepeso ou obesidade em adolescentes, esta Política, em suas Diretrizes, reforça a relevância de promover ações para o crescimento e o desenvolvimento saudável desta população. Reforça que eles precisam ser acompanhados sistematicamente pelas unidades básicas de saúde e referenciados a outros níveis de complexidade do SUS, quando necessário (BRASIL, 2010c).

A fim de atender às necessidades desta população foi criado em 2007 o PSE, estratégia intersetorial da Saúde e da Educação. Sua primeira meta foi avaliar as condições de saúde dos escolares, por meio da classificação do estado nutricional, e realizar intervenções educativas relacionadas à alimentação (BRASIL, 2012a).

Entretanto, nas escolas e UBS participantes ainda não houve a implementação exitosa desse programa, conforme observado nos discursos abaixo:

“Programa Saúde na Escola é o quê? Profissionais da saúde vindo aqui? Os do Posto de Saúde não vêm. Às vezes tem palestra e vacinação, mas quem faz isso é o pessoal da universidade.” (DSC, adolescentes)

“O Programa Saúde na Escola sei que existe, a escola recebeu cartazes e cartilhas, mas não tive contato com nenhum profissional do Posto de Saúde, eles nunca vieram aqui.” (DSC, professores)

“O Programa Saúde na Escola existe, está em atividade, mas confesso que as intervenções são apenas com as crianças matriculadas na rede municipal.

Nunca fui à escola estadual, porque não tive abertura, acho que vou atrapalhar a rotina escolar, não sei como incorporar na rotina deles intervenções de enfermagem de modo atrativo. O adolescente é muito difícil, eles não vêm para cá [Unidade de Saúde] e eu não sei como trabalhar com eles. Além disso, a demanda de trabalho na Unidade de Saúde é enorme, é muito peso para meus ombros. Gostaria de participar do Programa Saúde na Escola, sozinha não sei se conseguiria, preciso de ajuda, se vocês da universidade fizessem um projeto de extensão, seria perfeito, porque o médico e o odontólogo dificilmente assumiriam isso comigo. (DSC, enfermeiras)

Como observado, existe um Programa para inclusão de intervenções de saúde na escola, de modo a contemplar as necessidades de saúde dos adolescentes. Entretanto, sua implementação ainda não foi exitosa nos locais de desenvolvimento desta pesquisa.

Destaca-se que as enfermeiras reconheceram as intervenções na escola como importantes, mas revelaram dificuldades relacionadas à falta de tempo decorrente do excesso de carga de trabalho na Unidade de Saúde e a falta de colaboração dos demais membros da equipe de saúde nas intervenções desenvolvidas nas escolas. Bem como desconhecimento de maneiras de fazer intervenções atrativas e que contemplem as necessidades dos adolescentes.

6.3.2 Necessidades identificadas

Após levantamento de informações sob a perspectiva de cada grupo de participantes, chegou-se à síntese das seguintes necessidades:

- a) Apoio ao adolescente nos casos de *bullying*;
- b) Orientação e estímulo às escolhas alimentares saudáveis ao adolescente e à família;
- c) Disponibilização de prática de exercícios físicos na escola;
- d) Disponibilização de opções de alimentos saudáveis na cantina da escola;
- e) Orientação para redução de peso nos casos de sobrepeso ou obesidade;
- f) Realização das intervenções com toda a turma, independente do estado nutricional;
- g) Auxílio na criação e manutenção de vínculo entre escola e UBS;
- h) Apoio da universidade às enfermeiras na implementação de intervenções de enfermagem na escola.

6.4 IDENTIFICAÇÃO DE OBJETIVOS DE MUDANÇA

Diante das necessidades apresentadas na etapa anterior, chegou-se à definição do objetivo geral da intervenção: criar ambiente escolar favorável à escolha por hábitos mais saudáveis na alimentação, na prática de exercícios físicos e no bom convívio interpessoal.

A partir deste objetivo geral, formularam-se objetivos de desempenho para cada grupo participante. Para facilitar a compreensão desta etapa, ela foi descrita no Quadro 5.

Quadro 5 – Visão geral dos resultados esperados com o programa e objetivos de desempenho para cada grupo-alvo. Natal/RN, Brasil, 2016

GRUPO-ALVO	OBJETIVO DO PROGRAMA	OBJETIVOS DE DESEMPENHO (OD)
Adolescentes	Fazer escolhas alimentares saudáveis, aumentar a prática de exercícios físicos e não sofrer <i>bullying</i> na escola.	OD1. Reconhecer a importância de fazer escolhas alimentares saudáveis. OD2. Optar por alimentos saudáveis. OD3. Aumentar o consumo de frutas e legumes. OD4. Evitar o consumo de alimentos com alto teor de açúcar e sal. OD5. Fazer seis refeições por dia. OD6. Reconhecer os sinais de fome e plenitude. OD7. Perder peso. OD8. Praticar pelo menos 45 minutos diários de atividade física moderada. OD9. Manter convivência interpessoal satisfatória com os colegas de escola. OD10. Enfrentar os casos de <i>bullying</i> .
Professores	Manter vínculo com profissionais de saúde, organizar e estimular a prática de exercícios físicos na escola, intervir nos casos de <i>bullying</i> .	OD1. Conhecer e manter vínculo com os profissionais da UBS. OD2. Planejar a rotina escolar de modo a permitir momentos para intervenções de saúde. OD3. Regulamentar a obrigatoriedade de exercício físico na escola. OD4. Identificar e intervir nos casos de <i>bullying</i> .
Enfermeiras	Promover intervenções para promoção da saúde	OD1. Conhecer e manter vínculo com estudantes, pais/mães ou responsáveis pelos adolescentes,

	do adolescente na escola, relacionadas à alimentação, prática de exercícios físicos e bom relacionamento interpessoal.	professores da escola. OD2. Planejar e executar intervenções de enfermagem na escola relacionadas à alimentação, rever com os responsáveis os alimentos ofertados na escola, prática de exercícios físicos, bom relacionamento interpessoal e demais temáticas que emergirem como necessidades da escola.
--	--	--

Nota: As intervenções serão realizadas com todos os adolescentes, entretanto, as orientações para perda de peso estarão direcionadas aos adolescentes com sobrepeso ou obesidade.

Após formular todos os objetivos de desempenho para cada grupo-alvo, especificaram-se os determinantes, com indicação dos objetivos de mudança correspondentes, o que resultou nas matrizes do programa (Quadros 6, 7 e 8). As matrizes constituem as fontes geradoras dos objetivos de mudança para atingir o objetivo alvo do programa. Basearam-se os objetivos de modificação alimentar segundo orientações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014b) e de prática de exercícios físicos da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2013).

Quadro 6 – Matriz contendo objetivos de desempenho, determinantes e objetivos de mudança para os adolescentes participantes do programa. Natal/RN, Brasil, 2016

OBJETIVO DO PROGRAMA: Fazer escolhas alimentares saudáveis, aumentar a prática de exercícios físicos e trabalhar a questão do bullying na escola.		
OBJETIVOS DE DESEMPENHO	DETERMINANTES	OBJETIVOS DE MUDANÇA
OD1. Reconhecer a importância de fazer escolhas alimentares saudáveis.	D1. Não sabem classificar o próprio estado nutricional.	OM1. Classificar o próprio estado nutricional e entender o resultado.
OD2. Optar por alimentos saudáveis.	D2. Não tem disponíveis refeições saudáveis e atrativas na escola e em casa.	OM2. Preparar o próprio alimento.
OD3. Aumentar o consumo de frutas e legumes.	D3. Frutas e legumes não são atrativos.	OM3. Experimentar e reconhecer as frutas e legumes mais saborosos ao paladar.
OD4. Evitar o consumo de alimentos com alto teor de açúcar e sal.	D4. Indiferente às necessidades nutricionais.	OM4. Conhecer os benefícios da alimentação saudável.
OD5. Fazer seis refeições por dia.	D5. Não tem horário certo para refeições.	OM5. Fracionar a alimentação e comer em horários regulares.
OD6. Reconhecer os sinais de fome e plenitude.	D6. Alimenta-se em qualquer lugar, utiliza eletrônicos enquanto se alimenta e come por impulso ou prazer.	OM6. Comer sentado à mesa, sem distrações, observar os sinais de saciedade.
OD7. Perder peso.	D7. Não consigo perder peso.	OM7. Diminuir gradativamente as porções dos alimentos, preferir alimentos saudáveis e aumentar a prática de exercícios físicos.
OD8. Praticar pelo menos 45 minutos diários de atividade física moderada.	D8a. Na escola não tem aula prática de educação física. D8b. Indisposição para fazer exercícios físicos.	OM8a. Reinvidicar aulas práticas de educação física e colaborar no planejamento e execução destas. OM8b. Criar grupos para praticarem os exercícios juntos e diversificar os exercícios praticados.
OD9. Manter convivência	D9. Prefere ficar isolado.	OM9. Buscar interagir com os

interpessoal satisfatória com os colegas de escola. OD10. Enfrentar os casos de <i>bullying</i> .	D10. Sofre ofensas dos colegas.	colegas e professores da escola. OM10. Pedir ajuda dos professores para enfrentar o problema.
--	---------------------------------	--

Quadro 7 – Matriz contendo objetivos de desempenho, determinantes e objetivos de mudança para os professores participantes do programa. Natal/RN, Brasil, 2016

OBJETIVO DO PROGRAMA: Manter vínculo com profissionais de saúde, organizar e estimular a prática de exercícios físicos na escola, intervir nos casos de <i>bullying</i> .		
OBJETIVOS DE DESEMPENHO	DETERMINANTES	OBJETIVOS DE MUDANÇA
OD1. Conhecer e manter vínculo com os profissionais da UBS.	D1. Não conhece os profissionais da UBS.	OM1. Conhecer os profissionais da UBS, participar (sempre que possível) dos encontros agendados.
OD2. Planejar a rotina escolar de modo a permitir momentos para intervenções de saúde.	D2. Os profissionais da UBS nunca solicitaram espaço para realizar intervenções nesta escola.	OM2. Auxiliar na inserção dos profissionais da UBS na escola e planejar os momentos para desenvolver as intervenções de saúde na escola.
OD3. Regulamentar a obrigatoriedade de exercício físico na escola.	D3a. A Secretaria Estadual de Educação retirou a obrigatoriedade de exercícios práticos na disciplina de educação física. D3b. Não temos estrutura física suficiente e faltam professores.	OM3a. Voltar à obrigatoriedade de exercícios físicos na disciplina de educação física. OM3b. Buscar meios com o governo estadual e comunidade para disponibilizar recursos para realização de exercícios físicos na escola, e otimizar e reformar os recursos existentes.
OD4. Identificar e intervir nos casos de <i>bullying</i> .	D4. Não sabe como proceder diante de casos de <i>bullying</i> .	OM4. Ouvir o aluno que afirma sofrer <i>bullying</i> ; observar alunos que provavelmente sofrem, mas não confessam; apoiar o aluno que sofre <i>bullying</i> ; solicitar apoio da psicóloga.

Quadro 8 – Matriz contendo objetivos de desempenho, determinantes e objetivos de mudança para as enfermeiras participantes do programa. Natal/RN, Brasil, 2016

OBJETIVO DO PROGRAMA: Promover intervenções para promoção da saúde do adolescente na escola, relacionadas à alimentação, prática de exercícios físicos e bom relacionamento interpessoal.		
OBJETIVOS DE DESEMPENHO	DETERMINANTES	OBJETIVOS DE MUDANÇA
<p>OD1. Conhecer e manter vínculo com estudantes e professores da escola.</p> <p>OD2. Planejar e executar intervenções de enfermagem na escola relacionadas à alimentação, prática de exercícios físicos, bom relacionamento interpessoal e demais temáticas que emergirem como necessidades da escola.</p>	<p>D1. Não conhece os profissionais e adolescentes da escola.</p> <p>D2. Não faz intervenções de enfermagem para o adolescente com sobrepeso ou obesidade na escola.</p>	<p>OM1. Conhecer os profissionais da escola e estudantes, participar dos encontros.</p> <p>OM2a. Determinar motivação individual e do grupo para reduzir ou manter o peso;</p> <p>OM2b. Classificar e acompanhar o estado nutricional dos estudantes;</p> <p>OM2c. Ensinar os estudantes a classificarem o estado nutricional e compreender o resultado;</p> <p>OM2d. Determinar os padrões alimentares e discutir os benefícios dos alimentos saudáveis;</p> <p>OM2e. Auxiliar a identificar a motivação do adolescente para comer e os indicadores internos e externos associados;</p> <p>OM2f. Encorajar hábitos saudáveis;</p> <p>OM2g. Elaborar cartazes de encorajamento ao comportamento de promoção da saúde;</p> <p>OM2h. Informar sobre a quantidade de energia gasta por exercício físico;</p> <p>OM2i. Planejar exercícios físicos passíveis de serem realizados na escola;</p> <p>OM2j. Recomendar dietas para aqueles que necessitam e querem perder peso;</p> <p>OM2k. Orientar a leitura dos rótulos dos alimentos;</p> <p>OM2l. Ensinar a selecionar alimentos em encontros sociais, sem perder a oportunidade de convívio social;</p> <p>OM2m. Encaminhar para atendimento</p>

		individual na UBS adolescentes com obesidade grave e/ou com suspeita de doenças associadas.
--	--	---

As matrizes foram elaboradas inicialmente pela planejadora, e em seguida foram discutidas e modificadas com auxílio das enfermeiras participantes; para isso consideraram-se as evidências científicas e empíricas. Muitos objetivos de mudança seriam coerentes para atender aos objetivos de desempenho identificados, mas necessitou-se selecionar os que eram viáveis (diante dos recursos disponíveis) e passíveis de mutabilidade (o que os participantes reconheciam como possível de modificação).

6.5 EMBASAMENTO TEÓRICO DOS MÉTODOS E ESTRATÉGIAS PRÁTICAS

A primeira atividade desta fase foi listar todos os objetivos de mudança contidos nas matrizes 6, 7 e 8. Em seguida, relacionou-se cada objetivo de mudança com um método baseado em teoria. Apenas uma teoria não foi suficiente, por isso optou-se por algumas. descritas a seguir:

a) *Elaboration Likelihood Model* (ELM) – ou modelo de probabilidade de elaboração: De acordo com esta teoria diferentes métodos de induzir a persuasão podem funcionar melhor, dependendo da probabilidade da elaboração de comunicação ser alta ou baixa. O modelo propõe duas variáveis fundamentais para a probabilidade de que o receptor se engaje cognitivamente na decodificação de mensagens persuasivas, o envolvimento e a habilidade de processar (PETTY, CACIOPPO, 1981).

b) *Persuasion-communication matrix* (PCM) – ou Matriz Persuasão-Comunicação: Teoria desenvolvida por McGuire em 1989, que analisa o processo de persuasão por meio da comunicação; a teoria leva em consideração a susceptibilidade das pessoas ou grupos à influência social (BARTHOLOMEW et al., 2011).

c) *Social Cognitive Theory* (SCT) – ou Teoria Cognitiva Social: Sustenta que a aquisição de conhecimento pode ser diretamente relacionada à observação de outros no contexto das interações sociais. A teoria afirma que, quando as pessoas observam um modelo de realização de um comportamento e suas consequências, elas se lembram da sequência de eventos e usam essa informação para guiar seus comportamentos subsequentes. Assim, as pessoas não

aprendem novos comportamentos apenas por experienciá-los, mas, sim, pela replicação baseada em ações de outros (BANDURA, 1999).

d) *Theories of information processing* (TIP) – ou teorias de processamento de informações: A interação dos sistemas de memória a curto e longo prazo é o foco da aprendizagem. A aprendizagem depende de transferências relevantes à memória de longo prazo e da sua recuperação sempre que o desempenho seja necessário. As informações relevantes devem ganhar a atenção do aluno, ser processadas na memória de trabalho, que não tem como objetivo a memorização de informação, mas que sejam incorporadas na memória a longo prazo (BARTHOLOMEW et al., 2011).

e) *Theories of learning* (TL) – ou Teorias da aprendizagem: Refere-se aos diversos modelos que visam explicar o processo de aprendizagem pelos indivíduos. Embora, desde a Grécia antiga se haja formulado diversas teorias sobre a aprendizagem, as de maior destaque na educação contemporânea são as de Jean Piaget e de Lev Vygotsky (BARTHOLOMEW et al., 2011).

f) *Theory of self-regulation* (TSR) – ou Teoria da autorregulação: Defende que os seres humanos são capazes de controlar o seu comportamento através de um processo conhecido como autorregulação, o qual envolve: auto-observação, julgamento e autorresposta. A auto-observação, ou introspecção, é um processo que envolve a avaliação dos próprios pensamentos e sentimentos, a fim de informar e motivar o indivíduo a trabalhar para o estabelecimento de metas e tornar-se influenciado por mudanças comportamentais. Julgamento envolve um indivíduo comparando o seu desempenho. Por último, a autorresposta é aplicada quando um indivíduo pode premiar-se ou castigar-se (BANDURA, 1991).

g) *COM-B Model* (COM-B): Derivado de teorias da área da psicologia, este modelo teórico considera os componentes da Capacidade, Oportunidade e Motivação em um sistema dinâmico que interfere diretamente no comportamento das pessoas, por meio da: educação, persuasão, incentivo, coerção, restrição e modelagem (MICHIE et al., 2014).

Baseada nas teorias descritas há uma lista de métodos relacionados, os quais podem ser encontrados em Bartolomew et al. (2011). Uma breve descrição será apresentada para facilitar a compreensão dos métodos utilizados neste mapeamento de intervenção:

- a) Experiência direta: estimular um processo pelo qual o conhecimento é construído por meio da reflexão e interpretação de experiências vivenciadas;
- b) Exposição repetida: fazer um estímulo repetidas vezes para acessar os receptores sensoriais;
- c) Uso de imagens: usar materiais visuais para abordar algum assunto;
- d) Modelagem: fornecer um modelo adequado para reforçar a ação desejada;
- e) Aprendizagem ativa: encorajar a aprendizagem por meio de atividades baseadas em experiências;
- f) Prática orientada: orientar os participantes a ensaiar e repetir o comportamento várias vezes, depois discutir a experiência e fornecer *feedback*;
- g) Argumentos: usar um conjunto de justificativas significativas e chegar a uma conclusão;
- h) Reavaliação ambiental: encorajar a percepção do impacto negativo do comportamento insalubre e o impacto positivo dos comportamentos saudáveis;
- i) Discussão: encorajar a discussão de um tópico por meio de debate;
- j) Elaboração: estimular o aluno a materializar o significado da informação processada;
- k) Persuasão: usar mensagens para estimular ações;
- l) Conscientização: fornecer informações, discussão ou confronto sobre causas, consequências e alternativas para um problema ou comportamento;
- m) Educação: favorecer o aumento de conhecimento;
- n) Incentivo: criar uma expectativa de recompensa;
- o) Coerção: criar expectativa de punição;
- p) Restrição: utilizar-se de regras para limitar a oportunidade de desenvolvimento do comportamento-alvo.

A planejadora deste mapeamento de intervenção, autora da presente tese, realizou o processo de seleção das teorias e modelos teóricos. Para finalizar, os participantes reuniram-se para elencar as estratégias práticas a serem utilizadas. A participação de todos no momento da seleção das estratégias práticas foi fundamental para assegurar que sua implementação fosse viável. Os resultados desta etapa foram sintetizados nos Quadros 9, 10 e 11.

Quadro 9 – Matriz com a visão geral das teorias, métodos e estratégias práticas para alcançar os objetivos de mudança do grupo de adolescentes. Natal/RN, Brasil, 2016

GRUPO	OM	TEORIAS	MÉTODOS TEÓRICOS	ESTRATÉGIAS PRÁTICAS
ADOLESCENTES	OM1	COM-B TL	Educação Prática orientada	Aula prática sobre classificação do estado nutricional
	OM2	ELM; PCM TL	Argumentos Aprendizagem ativa	Rodas de conversa sobre alimentação; Aulas de culinária
	OM3	TIP TL ELM	Uso de imagens Experiência direta Elaboração	Imagens de alimentos saudáveis e apetitosos Aulas de culinária Cartazes para exposição na escola
	OM4	SCT; TL	Modelagem	Sessões de cinema sobre benefícios dos hábitos saudáveis e relato de experiência de jovem após mudança de hábitos
	OM5	COM-B	Educação	Roda de conversa com discussão de hábitos e orientações
	OM6	SCT	Reavaliação ambiental	Debate sobre compartimentos inadequados e sugestão e novos hábitos
	OM7	TSC TL ELM; PCM	Prática guiada Aprendizagem ativa Argumentos	Diário para acompanhar mudanças Aulas de educação física Rodas de conversa (alimentação, exercícios, doenças associadas)
	OM8a	TIP ELM	Discussão Elaboração	Debate com os gestores sobre recursos Panfleto para apresentar situação e pedir ajuda da comunidade
	OM8b	ELM COM-B	Elaboração Incentivo	Grupos de dança, luta, queimada e futsal Campeonatos com premiação
	OM9	SCT	Reavaliação ambiental	Rodas de conversa sobre os males do <i>bullying</i> e os benefícios de conviver bem
OM10	SCT	Reavaliação ambiental	Conversa com professores e/ou enfermeira para desabafar e pedir ajuda	

Legenda: OM (Objetivo de mudança), COM-B (*COM-B Model*), ELM (*Elaboration Likelihood Model*), PCM (*Persuasion-communication Matrix*), SCT (*Social Cognitive Theory*), TIP (*Theories of Information Processing*), TL (*Theories of Learning*), TSR (*Theory of self-regulation*).

Quadro 10 – Matriz com a visão geral das teorias, métodos e estratégias práticas para alcançar os objetivos de mudança do grupo de professores. Natal/RN, Brasil, 2016

GRUPOS	OM	TEORIAS	MÉTODOS TEÓRICOS	ESTRATÉGIAS PRÁTICAS
PROFESSORES	OM1	ELM	Elaboração	Encontros e reuniões entre professores e enfermeira
	OM2	ELM	Elaboração	Reuniões de planejamento das intervenções
		COM-B	Incentivo	Parabenizar a enfermeira pelo interesse e interveções executadas
	OM3a	TIP	Discussão	Debate sobre a proposta
		PCM	Argumentos	Reunião com o Secretário de Educação
		COM-B	Coerção	Obrigatoriedade de aulas práticas em educação física
	OM3b	COM-B	Persuasão	Reunião com o Secretário de Educação
		COM-B	Incentivo	Campeonatos escolares e premiação com notas aos participantes
	OM4	ELM	Elaboração	Panfleto para apresentar situação e pedir ajuda da comunidade
		COM-B	Incentivo	Conversa com os alunos e se dispor a ajudar
		TIP	Reavaliação ambiental	Debate sobre <i>bullying</i>
		COM-B	Restrição	Estabelecimento de normas de boa convivência
	COM-B	Coerção	Análise e punição dos episódios de <i>bullying</i>	

Legenda: OM (Objetivo de mudança), COM-B (*COM-B Model*), ELM (*Elaboration Likelihood Model*), PCM (*Persuasion-communication Matrix*), TIP (*Theories of Information Processing*).

Quadro 11 – Matriz com a visão geral das teorias, métodos e estratégias práticas para alcançar os objetivos de mudança do grupo de enfermeiras. Natal/RN, Brasil, 2016

GRUPOS	OM	TEORIAS	MÉTODOS TEÓRICOS	ESTRATÉGIAS PRÁTICAS
ENFERMEIRAS	OM1	ELM	Elaboração	Encontros e reuniões entre professores e enfermeira
	OM2a	TIP	Discussão	Roda de conversa
	OM2b	ELM	Elaboração	Planilha para acompanhamento do estado nutricional dos adolescentes
	OM2c	TL	Prática orientada	Aula prática sobre classificação do estado nutricional
	OM2d	SCT	Reavaliação ambiental	Roda de conversa
	OM2e	TIP	Discussão	Debate sobre motivação para comer
	OM2f	ELM	Elaboração	Cartazes
		COM-B	Incentivo	Parabenizar pela mudança de comportamento (mesmo que parcial)
	OM2g	COM-B	Incentivo	Cartazes
		ELM	Elaboração	
	OM2h	PCM	Argumentos	Roda de conversa
		TL	Experiência direta	Aulas de educação física
	OM2i	TIP	Discussão	Reunião com professores, estudantes e diretor
	OM2j	TSR	Prática guiada	Orientações oral e por escrito
	OM2k	TIP	Uso de imagens	Explicação com uso de imagens
OM2l	TL	Modelagem	Relato de experiência de jovem pós- reeducação alimentar	
OM2m	TSR	Prática guiada	Consultade enfermagem na UBS	

Legenda: OM (Objetivo de mudança), COM-B (*COM-B Model*), ELM (*Elaboration Likelihood Model*), PCM (*Persuasion-communication Matrix*), SCT (*Social Cognitive Theory*), TIP (*Theories of Information Processing*), TL (*Theories of Learning*), TSR (*Theory of self-regulation*).

6.6 O PROGRAMA

Diante dos resultados apresentados nas etapas anteriores, ficou evidente que a escola era o melhor espaço para o desenvolvimento deste programa. Isso assegurou ao programa a participação de trabalhadores já inseridos na comunidade, integrados aos serviços públicos existentes, o que facilitou sua viabilidade. Conseguiu-se criar uma relação de confiança e vínculo entre a planejadora e cada grupo-alvo, mas na quarta etapa do mapeamento de

intervenção necessitou-se ir além, e favorecer o vínculo entre os grupos-alvo, o que se iniciou com os pré-testes das estratégias práticas.

A primeira atividade da quarta etapa englobou nova rodada de encontros com os grupos. Nesses encontros os participantes deliberaram sobre a construção do programa em desenvolvimento, a planejadora responsabilizou-se por sintetizar todas as sugestões e descrever o alvo do programa e a sequência dos componentes da intervenção, dos materiais e protocolos a serem utilizados.

Em consenso, os participantes criaram um programa de intervenção com foco nos comportamentos de risco modificáveis direcionado a todos os adolescentes da escola, independente de estarem ou não com sobrepeso ou obesidade. Porque se evidenciou que a maneira mais eficaz de executar a intervenção e facilitar a adesão seria não formar apenas um grupo de assistência aos adolescentes com sobrepeso ou obesidade, mas um programa que favorecesse a melhora na qualidade de vida de todos. Nomeou-se o programa de “Programa de Enfermagem Saúde na Escola (PESE)”, alguns nomes foram sugeridos e, após votação, se escolheu este.

Consideraram-se a rotina escolar, recursos disponíveis e a disponibilidade do enfermeiro para intervenção na escola. Acordou-se a seguinte estrutura: um programa de dez meses, com cinco aulas semanais de exercícios físicos na escola com duração de 45 minutos cada, sob a responsabilidade do diretor da escola, professores de Educação Física e Amigos da Escola; e uma sessão semanal de uma a três horas para realização de intervenções de enfermagem, descritas a seguir (a flexibilidade na duração semanal depende da intervenção a ser implementada, que seria antecipadamente acordada com o diretor da escola e comunicada aos alunos).

Em seguida, os professores e a enfermeira trabalharam em conjunto para planejar e integrar na rotina escolar as aplicações práticas da intervenção, decidir sobre o teor exato de cada aplicação prática (por exemplo: quais opções de exercícios físicos seriam inseridas ou modificadas, em qual horário, como melhorar os alimentos oferecidos na merenda e na lanchonete da escola, quais filmes seriam exibidos na sessão de cinema, em qual espaço e com quantos alunos fazer as rodas de conversa e aula de culinária, qual a dinâmica para verificar o estado nutricional de todos os alunos e fazer o acompanhamento semestral, etc.).

O programa foi projetado para ser entregue pelos próprios enfermeiros e professores da escola. Elaborou-se o programa de intervenção com instruções detalhadas sobre como executar as atividades. Em seguida, todas as estratégias práticas foram testadas e avaliadas pelos próprios implementadores e usuários.

As dificuldades encontradas nos testes das estratégias práticas foram: alguns alunos não tinham tênis para as aulas de educação física (os professores organizaram doação de tênis na escola); uma escola não disponibilizava água para os alunos beberem, o que prejudicou as aulas de educação física (o diretor da escola providenciou o conserto de três bebedouros); uma escola não tinha quadra de esportes (o corpo de bombeiros, com sede ao lado da escola, concedeu o uso de sua quadra pelos estudantes em dias e horários agendados); e as enfermeiras tiveram dificuldades em planejar as intervenções na escola pela grande demanda de trabalho na UBS.

Ao final de cada teste das estratégias práticas, reuniaram-se os participantes para avaliar a atividade. Então, com base na avaliação dos implementadores e usuários, realizaram-se as adaptações nas estratégias práticas e ao final desta etapa houve a criação do PESE, com o planejamento do que fazer, quem fazer, como fazer e a indicação dos recursos e materiais a serem utilizados. Este Programa está apresentado na versão completa no apêndice E.

6.7 ADOÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

Para facilitar a implementação, a planejadora fez uma reunião com os grupos participantes, apresentou e discutiu o programa elaborado, os materiais e os protocolos, e explicou as atividades a serem executadas por cada implementador (enfermeiros, professores e adolescentes).

Para facilitar a compreensão e visão geral do que cada implementador faria, uma matriz foi elaborada contendo: objetivos de desempenho, objetivos de mudança, estratégias práticas, adoção e implementação (Quadro 12).

Quadro 12 - Matriz com a visão geral dos objetivos de desempenho, objetivos de mudança e estratégias práticas para cada grupo-alvo. Natal/RN, Brasil, 2016

Grupo	Objetivos de desempenho	Objetivos de mudança	Estratégias práticas	Adoção/implementação
ADOLESCENTES	OD1. Reconhecer a importância escolhas alimentares saudáveis	OM1. Classificar o próprio estado nutricional.	EP1. Aula prática sobre classificação do estado nutricional.	AI1. Participação em aulas práticas com a enfermeira.
	OD2. Optar por alimentos saudáveis.	OM2. Preparar o próprio alimento.	EP2. Rodas de conversa e aulas de culinária.	AI2. Participação em rodas de conversa sobre alimentação e aulas de culinária.
	OD3. Aumentar o consumo de frutas e legumes.	OM3. Experimentar e reconhecer as frutas e legumes saborosos.	EP3. Imagens de alimentos saudáveis e apetitosos e cartazes.	AI3. Elaboração de cartazes para exposição na escola.
	OD4. Evitar o consumo de alimentos ricos em açúcar e sal.	OM4. Conhecer os benefícios da alimentação saudável.	EP4. Sessões de cinema e relato de experiência.	AI4. Assistir filmes e ouvir relato de experiência de jovem após mudança de hábitos.
	OD5. Fazer seis refeições por dia.	OM5. Fracionar a alimentação e comer em horários regulares.	EP5. Roda de conversa.	AI5. Discussão sobre hábitos e ouvir orientações da enfermeira.
	OD6. Reconhecer os sinais de fome e plenitude.	OM6. Comer sentado à mesa, sem distrações, observar saciedade.	EP6. Debate.	AI6. Discussão sobre comportamentos alimentares inadequados e sugestão de hábitos saudáveis.
	OD7. Perder peso.	OM7. Diminuir as porções, comer alimentos saudáveis e aumentar os exercícios físicos.	EP7. Diário.	AI7. Escrever sua experiência no Programa e estado nutricional e acompanhar as mudanças.
	OD8. Praticar 45 minutos diários de exercício físico.	OM8a. Reinvidicar aulas práticas de educação física e colaborar no planejamento e execução. OM8b. Criar grupos para praticarem exercícios juntos.	EP8a. Debate e panfleto explicativo. EP8b. Aulas de educação física e campeonatos.	AI8a. Debate com os gestores sobre recursos, elaboração de panfleto para pedir ajuda à comunidade. AI8b. Participação nas aulas de educação e física e campeonatos.
	OD9. Manter boa convivência na escola.	OM9. Buscar interagir com as pessoas na escola.	EP9. Rodas de conversa e conversa particular.	AI9. Participação nas rodas de conversa sobre o <i>bullying</i> e os benefícios de conviver bem; desabafar com professores e/ou enfermeira e pedir ajuda.
	OD10. Enfrentar o <i>bullying</i> .	OM10. Pedir ajuda para enfrentar o problema.	EP10. Conversa.	AI. Desabafar com pais e professores.

PROFESSORES	OD1. Conhecer e manter vínculo com os profissionais da UBS.	OM1. Conhecer os profissionais da UBS.	EP1. Encontros e reuniões.	AI1. Participação nas reuniões entre escola e profissionais da UBS, parabenizar a enfermeira pelo interesse em promover intervenções na escola.
	OD2. Planejar a rotina escolar para permitir momentos para intervenções de saúde.	OM2. Auxiliar na inserção dos profissionais da UBS na escola e planejar os momentos para desenvolver as intervenções de saúde na escola.	EP2. Reuniões de planejamento.	AI2. Planejamento de intervenções em conjunto com a enfermeira e colaboração na execução.
	OD3. Regulamentar a obrigatoriedade de exercício físico na escola.	OM3a. Voltar à obrigatoriedade de exercícios físicos na disciplina de educação física. OM3b. Buscar meios com o governo estadual e comunidade para disponibilizar recursos para realização de exercícios físicos na escola, e otimizar e reformar os recursos existentes.	EP3a. Debate. EP3b. Reunião com o Secretário de Educação, criar panfletos e coordenar campeonatos escolares.	AI3a. Debate com representantes de alunos, professores e enfermeira sobre a obrigatoriedade de aulas práticas de educação física. AI3b. Participação na reunião com o Secretário de Educação do estado, auxiliar os alunos a produzirem panfleto para pedir ajuda à comunidade, coordenação de campeonatos escolares e premiar com notas os alunos participantes.
	OD4. Identificar e intervir nos casos de <i>bullying</i> .	OM4. Ouvir o aluno que afirma sofrer <i>bullying</i> ; observar alunos que provavelmente sofrem, mas não confessam; apoiar o aluno que sofre <i>bullying</i> .	EP4. Conversa particular, debate sobre <i>bullying</i> , comissão para elaboração de normas de boa convivência e deliberação em casos de <i>bullying</i> .	AI4. Disposição para ouvir o aluno que afirma sofrer <i>bullying</i> ; observar alunos que provavelmente sofrem, mas não confessam; coordenação de debates sobre <i>bullying</i> ; participação na comissão para criação de normas de boa convivência na escola; participação em comissão para análise e punição dos casos de <i>bullying</i> .

ENFERMEIRAS	<p>OD1. Conhecer e manter vínculo com estudantes e professores da escola.</p> <p>OD2. Planejar e executar intervenções de enfermagem na escola relacionadas à alimentação, prática de exercícios físicos, bom relacionamento interpessoal e demais temáticas que emergirem como necessidades da escola.</p>	<p>OM1. Conhecer os profissionais da escola e estudantes.</p> <p>OM2a. Determinar motivação individual e do grupo para reduzir ou manter o peso.</p> <p>OM2b. Classificar e acompanhar o estado nutricional dos estudantes.</p> <p>OM2c. Ensinar a classificar o estado nutricional e compreender o resultado.</p> <p>OM2d. Determinar os padrões alimentares e discutir os benefícios.</p> <p>OM2e. Identificar a motivação para comer.</p> <p>OM2f. Encorajar a substituição de hábitos.</p> <p>OM2g. Elaborar cartazes de encorajamento ao comportamento de promoção da saúde.</p> <p>OM2h. Oferecer informações sobre a energia gasta por exercício físico.</p> <p>OM2i. Planejar exercícios físicos a serem realizados na escola.</p> <p>OM2j. Recomendar dietas.</p> <p>OM2k. Orientar a leitura dos rótulos.</p> <p>OM2l. Ensinar a selecionar alimentos em encontros sociais.</p> <p>OM2m. Agendar consulta na UBS com adolescentes com obesidade grave e/ou doenças associadas.</p>	<p>EP1. Encontros e reuniões.</p> <p>EP2a. Roda de conversa.</p> <p>EP2b. Planilha</p> <p>EP2c. Aula prática</p> <p>EP2d. Roda de conversa</p> <p>EP2e. Debate e cartazes</p> <p>EP2f. Parabenizar.</p> <p>EP2g. Cartazes</p> <p>EP2h. Rodas de conversa e aulas de educação física</p> <p>EP2i. Reunião com professores, estudantes e diretor</p> <p>EP2j. Orientações verbal e escrita</p> <p>OP2k. Explicação com imagens</p> <p>OP2l. Relato de experiência e debate</p> <p>OP2m. Consulta de enfermagem na UBS</p>	<p>AI1. Participação nas reuniões entre escola e profissionais da UBS, parabenizar a todos pelo interesse nas intervenções de saúde na escola.</p> <p>AI2a. Coordenação das rodas de conversa.</p> <p>AI2b. Classificação do estado nutricional dos alunos um vez por semestre, registrar em planilha.</p> <p>AI2c. Planejamento e execução de aula prática sobre classificação do estado nutricional para os alunos.</p> <p>AI2d. Planejamento e coordenação de roda de conversa, registro da síntese das falas dos alunos.</p> <p>AI2e. Coordenação de debate sobre as motivações para comer e produção de cartazes com os alunos.</p> <p>AI2f. Parabenizar os adolescentes pela mudança de comportamento (mesmo que parcial).</p> <p>AI2g. Elaboração de cartazes com os adolescentes.</p> <p>AI2h. Explicação sobre o gasto energético durante as aulas de educação física.</p> <p>AI2i. Participação nas reuniões na escola.</p> <p>AI2j. Recomendação individual de dietas.</p> <p>AI2k. Explicação com uso de rótulos de alimentos.</p> <p>AI2l. Convidar um jovem que passou por reeducação alimentar a compartilhar sua experiência e debater alternativas de consumo nos momentos de lazer.</p> <p>AI2m. Realização de consultas de enfermagem na UBS com adolescente e família.</p>
--------------------	---	--	---	--

6.8 PLANO DE AVALIAÇÃO

Desenvolveu-se um plano de avaliação que contemplasse a aceitabilidade, as dificuldades enfrentadas, a mudança de comportamento e a redução de peso (esse último especificamente para os adolescentes diagnosticados com sobrepeso ou obesidade). Para tanto, sugeriu-se mensuração das medidas de circunferência abdominal, peso, altura, IMC e classificação do estado nutricional para acompanhamento e observação da presença de *Acanthosis nigricans*, no primeiro, sexto e décimo meses do PESE. Esses resultados deverão ser organizados em uma planilha e a enfermeira se responsabilizará por identificar se houve modificações benéficas nos parâmetros antropométricos dos adolescentes.

Além disso, a cada dois meses serão realizadas reuniões com os participantes (implementadores e representantes dos adolescentes) para discutirem a aceitabilidade, as dificuldades enfrentadas para manutenção das estratégias práticas e a necessidade de modificar itens do Programa proposto.

Nessas reuniões será resgatada a matriz que sintetiza a visão geral do Programa (Quadro 12), cada grupo-alvo poderá avaliar o seu desempenho no Programa, o desempenho dos outros grupos e em consenso sugerir modificações no Programa.

Destaca-se que a avaliação não deve ser feita apenas durante as reuniões, no decorrer da realização das estratégias práticas é possível ao implementador discutir com os adolescentes as mudanças de comportamento que eles têm conseguido ou em quais eles têm tido mais dificuldade, e levantar os resultados dessa avaliação nas reuniões programadas.

7 DISCUSSÃO

7.1 AS NECESSIDADES

Neste estudo apresentou-se um esboço detalhado de como se elaborou um Programa de intervenção baseado em evidências, experiências práticas e com a participação da comunidade.

Na literatura há estudos publicados que utilizaram o mesmo método com o intuito de elaborar programas, nos quais os objetivos foram direcionados a problemas de saúde cuja resolução parcial ou total estivesse relacionada à mudança de comportamento, por exemplo: aumento da prática de exercícios físicos em crianças pré-escolares (CRAEMER et al., 2014), prevenção de obesidade em crianças (LLOYD et al., 2011; MANN et al., 2015) e auto-gerenciamiento do tratamento para pessoas com diabetes (SONG et al., 2015).

O ponto de partida para elaboração do Programa foi à avaliação das necessidades a serem contempladas na assistência ao adolescente para prevenção e controle de sobrepeso ou obesidade. A primeira necessidade apontada pelos adolescentes foi “apoio nos casos de *bullying*”

O termo *bullying* é uma denominação de origem inglesa utilizada para qualificar comportamentos agressivos manifestados na escola e realizados de maneira recorrente e intencional, por meio de agressões físicas ou psicológicas, tais como: chutar, empurrar, apelidar, discriminar e excluir, que ocorrem entre colegas sem motivação aparente e com uma reincidência significativa (SILVA, 2010).

Na maioria das vezes as vítimas não confessam as agressões sofridas, por vergonha de se exporem ou por medo de represálias dos seus agressores, tornando-se reféns de emoções traumáticas, como medo, insegurança, raiva, pensamentos de vingança e de suicídio, além de fobias sociais e outras reações que impedem seu bom desenvolvimento escolar (FANTE, 2005).

Os casos de *bullying* são frequentes e, para orientar as ações da família e escola, o Ministério Público do Estado de São Paulo lançou a cartilha “Anti-*bullying*”. Ela oferece informações sobre o que é o problema, como identificar vítimas e agressores, estratégias de intervenção na escola e a importância de incluir a família, tanto da vítima quanto do agressor (MPSP, 2015). Essa cartilha foi lida e discutida entre os professores e representantes dos adolescentes, auxiliou na compreensão do problema e, a partir dela, sugeriu-se a criação da comissão anti-*bullying*, denominada “Comissão da Paz”.

A intenção principal será promover atividades que favoreçam a boa convivência na escola. No caso de continuação dos casos de *bullying* a comissão irá identificar os envolvidos, apoiar a vítima e planejar a maneira de educar o agressor e punir, quando for o caso. Os adolescentes solicitaram que o Programa oferecesse intervenções para todos os adolescentes, sugestão que foi analisada e chegou-se à conclusão de que, independente do estado nutricional, os adolescentes seriam beneficiados com a intervenção e preveniria a discriminação dos adolescentes com sobrepeso ou obesidade.

A segunda necessidade identificada foi “orientação e estímulo às escolhas alimentares saudáveis”. Isso porque, independente da classificação do estado nutricional, os adolescentes relacionaram o ato de comer a momentos prazerosos, com preferência por alimentos não saudáveis e em grandes porções.

Essa busca pela sensação prazerosa por meio dos alimentos é estimulada pelas propagandas de alimentos e bebidas açucaradas, elas têm utilizado técnicas mnemônicas e de indução de comportamento para estimular o consumo e o vício de comer/beber, especialmente nas pessoas mais suscetíveis, como os adolescentes. E, dessa forma, as propagandas têm contribuído para o aumento na prevalência de adolescentes com sobrepeso ou obesidade, especialmente os que assistem muitas horas de televisão (SAWAYA, FILGUEIRAS, 2013).

Além das propagandas que criaram a imagem do consumo de alimentos não saudáveis como um momento de satisfação prazerosa percebe-se que na atualidade o homem passa a conviver na *internet* com muitas pessoas, mas são relações frágeis e sem vínculo, e o psiquismo do homem não teve tempo suficiente para processar tais mudanças. Com isso o indivíduo sente desamparo e solidão, e o consumo de alimentos passa a ocupar o lugar de garantia de prazer, mesmo que essa sensação seja momentânea (MACHADO, 2011).

Nessa perspectiva, o cenário social atual favorece que as pessoas adquiram obesidade, porque as influencia a consumirem excessivamente até engordar e, quando obesas, estimulam-as a permanecerem consumindo, por meio da busca de dietas, cirurgias e medicamentos para emagrecer (MACHADO, 2011).

Trata-se de um ciclo que favorece a ocorrência de sofrimento psíquico. Acredita-se que a relação do indivíduo com obesidade com seu corpo está além de uma percepção biológica, uma vez que a compulsão alimentar é o reflexo de um sofrimento psíquico (BERG, 2011).

Apesar da complexidade existente na relação entre o consumo de alimentos não saudáveis e a sensação momentânea de prazer, relatada pelos adolescentes participantes, o Ministério da Saúde insiste em intervir diante deste problema com manuais que orientam os

profissionais da APS a fazerem palestras e cartazes na escola para estimular o consumo de dietas nutritivas e porções adequadas para idade (BRASIL, 2014b).

Na filosofia dessas estratégias há um predomínio de ações que promovam uma maior informação sobre alimentação por meio da elaboração de material educativo. E, o profissional de saúde é visto como um disseminador de tais informações, dessa forma reforça-se a lógica da educação baseada na transmissão, centrada nos conteúdos, em detrimento das metodologias ativas (SANTOS et al., 2015).

Uma pesquisa realizada com crianças em idade escolar, no interior do estado do Ceará, Brasil, concluiu que a utilização de metodologias ativas direcionadas à educação nutricional no ambiente escolar possibilitou as crianças compreenderem a maneira adequada de preparar os alimentos, as porções indicadas por refeição e grupo alimentar, e o ambiente para realização das refeições. Esse conhecimento construído em conjunto pelas crianças favoreceu a escolha por alimentos saudáveis na escola e em casa (MAIA et al., 2012).

Diante de tais considerações, e com intuito de planejar intervenções exitosas, capazes de favorecer a mudança de comportamento do adolescente e estimulá-los a fazerem escolhas alimentares saudáveis, a presente pesquisa buscou em teorias da área da educação, psicologia e sociologia métodos para abordar essa necessidade dos adolescentes de uma forma mais ampla, contemplando os diferentes fatores que interferem no desfecho esperado. O que culminou na proposta do PESE, apresentado no anexo E.

A terceira necessidade foi a “disponibilização de prática de exercícios físicos na escola”. A prática regular de exercícios físicos pode aumentar a autoestima, a aceitação social e a sensação de bem-estar. Além disso, auxilia na prevenção do desenvolvimento de doenças cardiovasculares, diabetes *mellitus*, alguns tipos de câncer, osteoporose, doenças do pulmão e doenças mentais crônicas (SILVA, COSTA, 2011).

Recomenda-se à população de adolescentes a prevenção de doenças cardiovasculares por meio de um programa regular de exercícios físicos moderados, por um período não inferior a 30 minutos/dia, mas preferencialmente de 45-60 minutos/dia durante, pelo menos, cinco dias/semana. Essas atividades podem ser caminhadas rápidas ou exercícios mais extenuantes, como esportes (SBC, 2013).

Destaca-se que nas escolas participantes a prática regular de exercícios físicos não era realizada pelos escolares, o componente curricular “educação física” era aplicada por meio de aulas teóricas e provas escritas. No PESE foi proposta a obrigatoriedade de cinco aulas práticas de educação física por semana, com duração de 45 minutos cada aula, bem

como se sugeriu opções de exercícios por escola, considerando os recursos materiais e humanos disponíveis.

Apesar dos benefícios dos exercícios físicos, o Ministério da Educação e Cultura do Governo brasileiro, anunciou em setembro de 2016 que por medida provisória pretende retirar a obrigatoriedade da disciplina de Educação Física nas escolas públicas de Ensino Médio, a partir do ano letivo de 2018. Essa medida pode representar um retrocesso nas áreas de educação e saúde pública (SCHWARTZ, 2016).

Como observado na presente pesquisa, há escassez de exercícios físicos na escola, para a maioria dos escolares participantes a aula de educação física na escola é a única oportunidade disponível na comunidade em que vive para fazer exercícios de forma regular. Caso se confirme, essa medida provisória pode agravar o quadro e comprometer diretamente a saúde dos adolescentes matriculados em escolas públicas.

A quarta necessidade foi a “disponibilização de opções de alimentos saudáveis na cantina da escola”. Segundo os adolescentes, as cantinas das quatro escolas participantes não oferecem opções de alimentos saudáveis. O que é preocupante, porque a alimentação escolar pode contribuir decisivamente para aquisição de hábitos. Se a alimentação oferecida for saudável ela favorece a melhoria das condições nutricionais de crianças e adolescentes, diminuí as deficiências nutricionais e outros agravos relacionados ao consumo alimentar inadequado, protege e melhoran significativamente o desempenho escolar, favorece o crescimento e desenvolvimento adequados (ACCIOLY, 2010).

A escola é um espaço privilegiado para a promoção da saúde e desempenha papel fundamental na formação de valores, hábitos e estilos de vida, entre eles, o da alimentação (ACCIOLY, 2010). Por isso, no PESE indicou-se a discussão entre gestores, nutricionista e profissionais da escola e da Unidade de Saúde sobre as melhores opções diante dos recursos disponíveis na escola.

A lei nº 5.146, sancionada pela Câmara Legislativa do Distrito Federal, estabeleu as diretrizes para a promoção da alimentação saudável nas escolas públicas e particulares do Distrito Federal. Proibiu as cantinas escolares a comercializarem balas, pirulitos, gomas de mascar, biscoito recheado, refrigerante, suco artificial, salgadinhos industrializados, frituras em geral, pipoca industrializada, bebidas alcoólicas e alimentos industrializados cujo percentual de gordura saturada ultrapasse 10% das calorias totais. Sendo obrigatório oferecer para o consumo, diariamente, pelo menos uma variedade de fruta da estação (inteira, em pedaços ou na forma de suco) (CÂMARA LEGISLATIVA DO DF, 2013).

A quinta necessidade identificada foi a “orientação para redução de peso nos casos de sobrepeso ou obesidade”. Crianças acima de sete anos e adolescentes com classificação do estado nutricional de sobrepeso ou obesidade, sem ou com complicações, devem receber intervenção para redução de peso com cuidado para não interferir no crescimento, e na saúde metabólica e cardiovascular (BRASIL, 2014b).

As intervenções para redução de peso podem ser divididas em cinco etapas: esclarecimento (elucidar sobre mitos, tabus e conceitos errôneos acerca de uma alimentação saudável); avaliação do comportamento (investigar sobre alguns comportamentos como, por exemplo: não comer o café da manhã, mastigar rapidamente, comer assistindo à televisão, não ter horário para se alimentar e comer escondido); quantidade (estimular a redução gradativa da ingestão de alimentos, estabelecer metas para a redução de repetições e porções, sem mudanças drásticas); qualidade (incentivar o consumo crescente de alimentos saudáveis (frutas, verduras, legumes, leguminosas, oleaginosas e água); manutenção (momento em que o adolescente utiliza os aprendizados adquiridos para se adaptar às diversas situações para controlar excessos, realizar substituições e manter uma alimentação saudável) (BRASIL, 2014b).

Além das orientações alimentares, para favorecer a redução do peso é necessário estimular a prática de exercícios físicos, tais como andar de bicicleta, jogar bola, futebol, dançar, fazer ginástica, nadar e práticas rotineiras para aumentar atividade física, tais como subir e descer escadas, fazer caminhadas curtas no lugar da locomoção por veículo (BRASIL, 2014b).

A sexta necessidade abordada no Programa foi a “realização das intervenções com toda a turma, independente do estado nutricional”. Essa necessidade emergiu das falas dos adolescentes, por medo de sofrerem *bullying* por participar do Programa. A planejadora discutiu com os professores, diretores e enfermeiras e foi possível atender essa necessidade.

Na escola o tema ética é assegurado pelos Parâmetros Curriculares Nacionais como conteúdo da Educação Básica, as crianças e adolescentes precisam construir as regras de convivência. Os diretores e professores não podem ser negligentes, ao contrário, devem realizar programas para promover uma cultura de paz (MPESP, 2016).

Outrossim, realizar intervenções para prevenção e promoção da saúde, com estímulo a alimentação saudável e prática regular de exercícios físicos, é recomendado a todos os adolescentes, independente do estado nutricional (BRASIL, 2012b).

A sétima necessidade identificada foi o “auxílio na criação e manutenção de vínculo entre escola e UBS”. O conceito de vínculo é fundamental para o Programa proposto. Buscou-se compreender esse conceito por meio da Teoria do Vínculo de Pichon.

Essa teoria caracteriza grupo como um conjunto restrito de pessoas ligadas por constantes de tempo e espaço. Esse grupo se propõe, de maneira explícita ou implícita, a uma tarefa que constitui sua finalidade. Neste processo, o indivíduo é visto como um resultante dinâmico do jogo estabelecido entre o sujeito e os objetos internos e externos, e sua interação dialética através de uma estrutura dinâmica que Pichon denomina de vínculo. Defini-se vínculo como uma estrutura complexa que inclui um sujeito, um objeto, e sua mútua inter-relação com processos de comunicação e aprendizagem (PICHON-RIVIÈRE, 1988).

Por fim, a oitava necessidade considerada foi o “apoio da universidade às enfermeiras na implementação de intervenções de enfermagem na escola”. As enfermeiras solicitaram o apoio da universidade para manutenção e aplicação do Programa proposto, devido à sobrecarga de trabalho do enfermeiro na UBS e a falta de participação dos demais membros da equipe de saúde nas intervenções do PSE.

Em um estudo, as enfermeiras da APS destacaram as dificuldades que permeiam a assistência ao adolescente com sobrepeso ou obesidade, entre as quais há a dificuldade relacionada ao excesso de tarefas no processo de trabalho do enfermeiro na Unidade de Saúde. Tal situação favorece uma postura na qual se isentam de condutas seja na promoção da saúde, prevenção de agravos ou tratamento, o que culmina na inibição de atividades de sua competência e em prejuízos à saúde do adolescente. Por outro lado revela o acúmulo de atividades que o enfermeiro exerce na APS, o que dificulta a realização de todas as atividades que são de sua competência (VIEIRA et al., 2014).

O excesso de atividades do enfermeiro na APS pode refletir a falta de processo de trabalho em equipe. Se todos os membros não se comprometerem em atender os programas ministeriais e as necessidades da população pode gerar estresse para o enfermeiro, porque ele desempenha múltiplas funções: deve ser coordenador de sua equipe; deve envolver-se com o tratamento, diagnóstico e prevenção de doenças; e vivencia a falta de recursos, transporte, condições financeiras e materiais da Unidade de Saúde e da comunidade. Essa sobrecarga de atividades pode causar esgotamento físico e mental. O enfermeiro inserido nesse ambiente tende a desenvolver sinais de estresse, com prejuízo no desempenho profissional e comprometimento da qualidade do processo de trabalho (SIQUEIRA et al., 2013).

Diante deste cenário, as enfermeiras participantes destacaram o papel da extensão universitária no que diz respeito às contribuições que podem trazer ao apoiar à efetivação das intervenções de enfermagem elencadas no PESE.

A extensão universitária permite uma relação direta com a comunidade, e os universitários tem a oportunidade de praticar o que aprenderam em sala de aula. A partir do momento em que há esse contato entre o aprendiz e a sociedade, acontece benefícios de ambos os lados. Além disso, há um fortalecimento da relação universidade-sociedade, quando acontece um desenvolvimento de ações que possibilitem contribuições aos cidadãos (RODRIGUES et al., 2013).

7.2 CONSTRUÇÃO DO PROGRAMA

O principal resultado deste estudo foi a construção do PESE a ser entregue à comunidade em uma parceria entre escola pública e UBS. O PESE deverá estar sob a coordenação direta do enfermeiro, e ter a participação de outros profissionais da UBS, do diretor da escola, dos professores, adolescentes e Amigos da Escola. Apresentou-se um esboço detalhado de como se elaborou o programa de intervenção baseado em evidências, experiências práticas e com a participação da comunidade.

No processo de construção, observaram-se alguns aspectos importantes que precisam ser abordados como resultados da experiência. A primeira observação durante o processo de construção foi o relato espontâneo dos participantes de que esta foi a primeira intervenção de saúde nas escolas participantes direcionada para a assistência aos adolescentes.

Esse resultado – a ausência de intervenções de saúde na escola – é preocupante, porque desde 2007 houve a criação do PSE em todo o território nacional, com o objetivo de: promover a integração e articulação permanentes da educação e da saúde; contribuir para a formação integral dos estudantes; e favorecer o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino (BRASIL, 2012a).

Um relato de experiência sobre a implantação do PSE em uma escola de Fortaleza/CE, Brasil, descreveu as atividades desenvolvidas: seminário de implantação do PSE com os professores da escola e profissionais da UBS; oficinas, cujos temas foram escolhidos pelos estudantes (drogas, gravidez na adolescência, escolha de profissões, doenças sexualmente transmissíveis e drogas); avaliação clínica e odontológica, alguns estudantes

foram encaminhados para tratamento individual na UBS; e entrega de Cadernetas de Saúde do Adolescente (SANTIAGO et al., 2012).

Nesse exemplo, observa-se que há intervenções de saúde que estão sendo realizadas nas escolas. Entretanto, o PSE foi proposto no intuito de oferecer assistência integral aos alunos, coerente com o conceito de promoção da saúde, e ao analisar sua implementação nas escolas nota-se a predominância de um conceito conservador, com ênfase na mudança de comportamento sem considerar os determinantes sociais, o que reflete o modelo curativista (CAVALCANTI et al., 2015).

Ao considerar um modelo mais amplo, no qual a saúde é influenciada diretamente pelas relações ambientais e interpessoais, Betty Neuman destaca que não é possível eliminar todos os possíveis estressores destes complexos sistemas, mas cabe ao enfermeiro reconhecer as linhas de resistências e empoderar a comunidade, porque essas linhas agem como protetoras da estrutura básica, quando a linha de defesa normal é invadida (NEUMAN, 1995). Nessa perspectiva, é na escola onde o adolescente pode ser fortalecido para enfrentar os estressores que ele vivencia, como por exemplo, o sobrepeso e a obesidade.

Portanto, ao considerar especificamente a problemática em questão – a assistência de enfermagem ao adolescente com sobrepeso ou obesidade na APS –, para alcançar o sugerido pelo PSE e modelo teórico de Betty Neuman, é relevante sair do espaço convencional de saúde, no caso UBS, e ir até essa população em seu espaço de convívio e incluir a participação da família.

No entanto, na presente pesquisa, a família recusou-se a participar, o que pode prejudicar os resultados do Programa. Isso porque o ambiente familiar influencia diretamente no desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis nas crianças e adolescentes, a participação dos pais ou cuidadores é indispensável na prevenção e tratamento da obesidade. As pessoas dessa faixa etária seguem padrões alimentares e de exercícios físicos dos amigos e da família, se as intervenções para modificação do comportamento não forem realizadas em conjunto, elas não terão sucesso (ABREU, 2010).

Essa ausência dos pais ou responsáveis é uma limitação do Programa construído. O Ministério da Saúde publicou um Caderno de Atenção Básica, denominado Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica obesidade, no qual descreveu intervenções específicas a serem direcionadas ao adolescente e destacou o papel da mudança de comportamento para toda a família, a fim de alcançar resultados positivos e aquisição de hábitos saudáveis (BRASIL, 2014b).

O Caderno de Atenção Básica Obesidade indica intervenções a serem executadas pelas equipes básicas da APS, o médico e o enfermeiro são responsáveis por identificar os adolescentes na condição de sobrepeso ou obesidade e realizar as intervenções: oferecer orientações alimentares (o caderno apresenta em detalhes as sugestões de alimentação saudável por grupo alimentar), estimular à prática de exercícios físicos; incluir o núcleo familiar na mudança de comportamento e aquisição de hábitos saudáveis; identificar aqueles em maior risco cardiometabólico e encaminhá-los a serviços de saúde especializados, para tratamento psicológico, medicamentoso e/ou cirúrgico (BRASIL, 2014b).

Na presente pesquisa, os pais concordaram com a participação dos filhos no Programa, contudo informaram não ter disponibilidade para estar na escola no horário comercial devido a outros compromissos, por exemplo: cuidar dos filhos mais novos ou estarem no horário de trabalho.

Um estudo, realizado em um serviço especializado no tratamento de crianças e adolescentes com obesidade, identificou que a prevalência no abandono do tratamento foi maior entre as crianças e adolescentes com mães com maior escolaridade materna. Isso porque as mães que estavam inseridas no mercado de trabalho não tinham disponibilidade de tempo para acompanhar os filhos nas consultas (MARIZ et al., 2016).

Considera-se o tratamento de obesidade em adolescentes é mais complexo do que nos adultos, porque depende das escolhas alimentares feitas pela família (ABREU, 2010; KHAMBALIA et al., 2011; MARIZ et al., 2016). É relevante, portanto, que os implementadores do Programa continuem buscando meios de estimular a participação dos pais.

Apesar da participação da família ser o ideal na prevenção e tratamento de obesidade, reconhece-se que os pais ou responsáveis têm menos controle sobre a alimentação dos adolescentes. Os jovens buscam ter uma vida mais independente e pertencem a um grupo no qual o comportamento alimentar é um dos itens que os identifica socialmente, geralmente com escolha por alimentos não saudáveis, ricos em sal e açúcar. Por isso sugere-se que os profissionais de saúde incentivem os hábitos alimentares saudáveis e a prática regular de exercícios físicos em parceria com a escola, porque a sugestão de hábitos saudáveis para o grupo social dos adolescentes pode favorecer bons resultados (BRASIL, 2014b).

Outro resultado que pode ser ressaltado é a integração dos elementos do PESE às teorias, para o desenvolvimento do Programa partiu-se das necessidades da realidade local, traçaram-se os objetivos de desempenho, os determinantes, os objetivos de mudança e identificaram-se as teorias relacionadas ao Programa proposto. Selecionaram-se as seguintes

teorias: *Elaboration Likelihood Model*, *Persuasion-communication matrix*, *Social Cognitive Theory*, *Theories of information processing*, *Theories of learning*, *Theory of self-regulation* e *COM-B Model*.

Essas são teorias primariamente relacionadas às áreas da educação, sociologia e psicologia, entretanto o uso delas também é coerente na área da saúde quando se pretende embasar teoricamente uma intervenção que se propõe a abordar problemas passíveis de serem solucionados com a mudança de comportamento (BARTHOLOMEW et al., 2011), como é o caso da obesidade.

O Ministério da Saúde tem redirecionado cada vez mais para a escola as estratégias de prevenção e controle da obesidade em crianças e adolescentes, com encaminhamento aos serviços especializados em caso de obesidade grave ou suspeita de doenças associadas (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2014b).

Para que uma intervenção para promoção da saúde seja exitosa é necessário conhecer métodos sugeridos por teóricos da sociologia, educação e psicologia. Isso porque problemas de saúde que exigem para sua resolução, total ou parcial, a mudança de comportamento requerem estratégias de intervenção mais fortes, e a base delas é a educação e interação social (BARTHOLOMEW et al., 2011).

Destaca-se que não se trata de um método educativo vertical, de cima para baixo, as intervenções são planejadas de maneira que o usuário tenha experiências, a partir das quais ele se empodere e faça sua escolha de mudar ou não o comportamento (BARTHOLOMEW et al., 2011). Apesar de as estratégias práticas do PESE serem coletivas, seu resultado é a criação de um ambiente que influencie os adolescentes a aderir aos hábitos saudáveis, mas a mudança de comportamento é uma escolha particular.

Destaca-se que a validação de conteúdo não se aplica a programas elaborados por meio do mapeamento de intervenção, porque seu produto final é elaborado considerando especificamente as necessidades de uma realidade local, planejado e testado pelos próprios implementadores e usuários. Apesar de considerar como base as evidências científicas e teorias, não se pretende sugerir um programa para população geral, ele se aplica a uma realidade local. Portanto, é a própria comunidade que tem legitimidade para definir o conteúdo que será contemplado para alcançar os objetivos (BARTHOLOMEW et al., 2011).

O Mapeamento de Intervenção indica que o planejador, após concluir a sexta etapa, deve entregar o programa e deixar que a comunidade seja independente e o coloque em prática. Contudo, as enfermeiras participantes solicitaram que a planejadora articulasse com a universidade programas de extensão para auxiliá-las a executar as estratégias práticas. Por

isso, a planejadora buscará meios de realizar atividades de pesquisa e extensão com a participação de alunos de graduação em enfermagem da UFRN, e assim apoiar o desenvolvimento do PESE nas escolas participantes.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente relatório apresentou-se uma descrição detalhada do processo de construção do “PESE”, como intervenção direcionada às necessidades dos adolescentes de escolas públicas para prevenção e controle de sobrepeso ou obesidade. Esta intervenção foi cientificamente embasada, as estratégias práticas foram pré-testadas quanto a sua viabilidade, e integrou a participação efetiva dos implementadores e usuários do Programa.

Considera-se que a implementação do “PESE” pode vir a aprimorar a assistência de enfermagem na APS aos adolescentes, na medida em que a intervenção focaliza as necessidades identificadas nesse grupo escolar participante. Especificamente, a assistência programada inclui: apoio nos casos de *bullying*; orientação e estímulo às escolhas alimentares saudáveis; disponibilização de prática de exercícios físicos na escola; disponibilização de opções de alimentos saudáveis na cantina da escola; orientação para redução de peso nos casos de sobrepeso ou obesidade; realização das intervenções com toda a turma; auxílio na criação e manutenção de vínculo entre escola e UBS; e apoio da universidade às enfermeiras na implementação de intervenções de enfermagem na escola.

Além disso, a integração de diferentes atores, o planejador, os alunos adolescentes, os professores, e os enfermeiros das UBS, na construção do Programa permitiu aproximar os serviços de saúde da APS e a escola, o que favoreceu o vínculo. Resta elaborar meios para incluir mais a comunidade nessa construção, tendo em vista que neste estudo houve ausência dos pais.

Acredita-se que a intervenção proposta tem possibilidade de influenciar na promoção de hábitos saudáveis dos adolescentes, porque oferece oportunidade para eles realizarem atividades programadas e de expressarem dúvidas e preocupações. Além disso, o processo de construção do PESE possibilitou desenvolver algumas habilidades entre as enfermeiras participantes, elas tiveram uma maior aproximação com a temática de prevenção e controle de sobrepeso ou obesidade na área adscrita da UBS em que trabalham, conheceram as necessidades locais, planejaram e testaram intervenções de enfermagem.

O Programa foi desenvolvido visando intervenções para o adolescente na escola. A ideia de os profissionais da UBS irem até o adolescente no seu espaço de convívio, vivenciar sua rotina e conhecer de perto seus estressores é coerente com o sugerido pelo modelo teórico-filosófico de Betty Neumam. Segundo esta teórica, a assistência de enfermagem na comunidade destina-se a capacitar a população para lidar com as fontes de estresse; essa

perspectiva é fundamental, porque não é possível ao enfermeiro da UBS eliminar ou prevenir todos os fatores de risco relacionados ao sobrepeso ou obesidade.

A teoria de Betty Neuman parte de uma visão multidimensional de indivíduos, famílias e comunidades que se acham em constante interação com os estressores ambientais. Basicamente, o modelo focaliza a reação do cliente ao estresse e os fatores de reconstituição ou adaptação. Para a população do presente estudo, adolescentes de escolas públicas, os principais estressores identificados foram: preferência pelo consumo de alimentos não saudáveis, falta de prática regular de exercícios físicos e constantes episódios de *bullying*.

Observou-se durante a pesquisa a influência que os suprasistemas (amigos, escola e família) exercem sob o adolescente e seus subsistemas. Na perspectiva filosófica representada pelo metaparadigma de Betty Neuman, a pessoa é um cliente em constante interação com os fatores fisiológicos, psicológicos, socio-culturais, espirituais e de desenvolvimento. A ‘Enfermagem’ é uma profissão que age deliberadamente nas variáveis que afetam a resposta do indivíduo ao estresse. A ‘Saúde’ é o bem-estar ou a estabilidade ótima. E o ‘Ambiente’ é o conjunto de todos os fatores internos e externos que rodeiam ou interagem com a ‘Pessoa’.

Esses princípios foram utilizados na construção do Programa. E, pensar na assistência de enfermagem desvinculada do modelo biomédico, curativo e hospitalar foi fundamental, sobretudo na abordagem de doenças crônicas não transmissíveis, a exemplo do sobrepeso ou obesidade. Sendo assim, o uso do referencial teórico-filosófico de Betty Neuman subsidiou o processo de tomada de decisão clínica de enfermagem, ao reconhecer os diferentes fatores relacionados e propor intervenções para prevenção e promoção da saúde dos adolescentes participantes.

Como limitação do estudo, houve a falta de avaliação do PESE após sua aplicação, porque a aplicação do Programa não foi concluída. Outra limitação foi a ausência da participação dos pais, mães ou responsáveis pelos adolescentes na construção do Programa; eles afirmaram não ter disponibilidade de tempo devido a compromissos de trabalho ou cuidados com os outros filhos.

Diante do que foi apresentado, o estudo realizado sustenta a tese de que uma intervenção desenvolvida com as características de participação da comunidade, criação de vínculo, utilização de teorias, previsão de continuidade da assistência, e potencialização de recursos existentes na comunidade, oferecem subsídios para a construção de um programa viável direcionado a assistência de enfermagem na prevenção e controle de sobrepeso ou obesidade em adolescentes na APS.

Espera-se que o PESE possa vir a aprimorar a assistência do enfermeiro a essa clientela, favorecer o vínculo UBS-escola, e estimular o empoderamento e a mudança de comportamento do adolescente, refletido na influência a escolhas mais saudáveis na alimentação, prática de exercícios físicos e enfrentamento dos casos de *bullying*.

Conclui-se que o estudo tem implicações para a prática de enfermagem ao construir um Programa com potencial de guiar intervenções para atender às necessidades dos adolescentes de escolas públicas, com intuito de favorecer a prevenção e controle de sobrepeso ou obesidade.

Ao final, o Programa foi além do inicialmente planejado e contemplou a promoção da saúde para todos os adolescentes, independente do estado nutricional e para evitar o *bullying* entre os participantes. Como também, todos os adolescentes das escolas participantes puderam se beneficiar das intervenções direcionadas à prática de atividade física, alimentação saudável e bom convívio escolar. Destaca-se ainda que este foi o primeiro estudo brasileiro que utilizou o mapeamento de intervenção, um método inovador para a elaboração de programas de saúde.

O PESE fortalece o PSE, ao contribuir com o vínculo entre os profissionais da UBS, professores das escolas e estudantes; e ao oferecer um instrumento para nortear as intervenções de saúde direcionadas a prevenção e controle de sobrepeso ou obesidade nos adolescentes de escolas públicas. Para construção do Programa foi necessário uma parceria com a UFRN, por meio da colaboração dos graduandos e doutoranda em enfermagem, para sua implementação a planejadora buscará meios de a UFRN continuar colaborando através de atividades de pesquisa e extensão. Por meio dessa parceria será possível acompanhar e avaliar os resultados alcançados com o Programa.

Destaca-se que o PESE contempla as necessidades locais dos adolescentes das quatro escolas participantes, então se houver o interesse de desenvolver um Programa similar em outra localidade é necessário seguir os passos do mapeamento de intervenção para primeiramente reconhecer as necessidades e a partir desses achados planejar as intervenções mais apropriadas. Assim, sugere-se que futuras pesquisas sejam feitas para dar continuidade ao desenvolvimento científico e tecnológico direcionado à promoção da saúde aos adolescentes.

REFERÊNCIAS

- ABREU, J. C. R. **Obesidade infantil**: abordagem em contexto familiar. 2010. 56fls. Monografia (Graduação) – Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação, Universidade do Porto, Porto, 2010. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/54610/3/136640_1002TCD02.pdf>. Acesso em: 23 out. 2016.
- ACCIOLY, E. A escola como promotora da alimentação saudável. **Ciência Tela.**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 1-9, 2010. Disponível em: <http://www.cienciaemtela.nutes.ufrj.br/artigos/0209accioly.pdf>. Acesso em: 20 out.2016
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2009. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdEditorialANS_Manual_Tecnico_de_Promocao_da_saude_no_setor_de_SS.pdf>. Acesso em:7 out. 2016
- ARAÚJO, S. M. N. et al. Obesidade infantil: conhecimentos e práticas de enfermeiros da Atenção Básica. **Enfermagem em foco**, Brasília, v. 3, n. 3, p. 139-142, 2012. Disponível em: [file:///C:/Users/Windows/Downloads/299-689-1-SM%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Windows/Downloads/299-689-1-SM%20(2).pdf). Acesso em: 20 out. 2016
- BACKES, D. S. et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência & saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 223-230, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a24v17n1.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2016
- BANDURA, A. Social Cognitive Theory: an agentic perspective. **Annual Review of Psychology**, Danvers, MA, v. 2, p. 21-41, 1999. Disponível em: <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura2001ARPr.pdf>. Acesso em: 20 out. 2016
- BANDURA, A. Social Cognitive Theory of sel-regulation. **Organizational behavior and human decision processes**, San Diego, Calif., v. 50, p. 248-287, 1991. Disponível em: <<https://web.stanford.edu/dept/psychology/bandura/pajares/Bandura1991OBHDP.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2016.
- BANKS, J. et al. Evaluating the transferability of a hospital-based childhood obesity clinic to primary care: a randomised controlled trial. **British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners**, Londres, v. 62, n. 594, p. 6-12, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3252541/>>. Acesso em: 10 set. 2016

BARRY, M. M. et al. The Galway Consensus Conference: international collaboration of the development of core competencies for health promotion and health education. **Global health promotion**, Londres, v. 16, n. 2, p. 5-11, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19477858>>. Acesso em: 10 set. 2016

BARTHOLOMEW, L. K. et al. **Planning Health Promotion Programs: an Intervention Mapping Approach**. San Francisco: Jossey-Bass, 2011.

BARTHOLOMEW, L. K.; PARCEL, G. S.; KOK, G. Intervention Mapping: a process for developing theory- and evidence-based health education programs. **Health education and behavior**, Thousand Oaks., v. 25, n. 5, p. 545-563, 1998. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9768376>>. Acesso em: 10 set. 2016

BERG, R. Medicina, Freud e obesidade: diálogos multidisciplinares sob a perspectiva de Foucault. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 183-196, Dec. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/agora/v14n2/a02v14n2.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Equipe de Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php?conteudo=esf>. Acesso em: 20 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b. 212p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf>. Acesso em: 20 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Saúde na Escola**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php>>. Acesso em: 20 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/2012/pense_2012.pdf> Acesso em: 20 set. 2016.

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

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Cartilha para modelagem de programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças**. Rio de Janeiro: ANS, 2011b. 80p. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/cartilha_promoprev_web.pdf> Acesso em: 20 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde**: norma técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

_____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 out. 2011b.

_____. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 dez. 2010a.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009**: despesas, rendimentos e condições de vida. Rio de Janeiro: IBGE, 2010b. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/pof/2008_2009/>. Acesso em: 20 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010c. 132p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_sau_de_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf> Acesso em: 20 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Saúde na Escola**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad24.pdf>. Acesso em: 9 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Pacto pela Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. 60p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 20 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Obesidade**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 110p. Disponível em: <https://www.nestle.com.br/nestlenutrisaude/Conteudo/diretriz/Atencao_obesidade.pdf>. Acesso em 21 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. 33p. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/home/conteudo/biblioteca/biblioteca/politicas-e-programas/013.pdf>>. Acesso em: 9 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Programa Saúde do Adolescente (PROSAD)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1991. 36p. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-1767>>. Acesso em: 9 out. 2016.

BULECHEK, G. M.; BUTCHER, H. **NIC: Classificação das Intervenções de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CAVALCANTI, P. B. et al. Programa Saúde na Escola: interpelações sobre ações de educação e saúde no Brasil. **Textos & contextos**, Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. 387-402, 2015. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/21728/13961>>. Acesso em: 9 out. 2016.

CARTA DE OTTAWA. **Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em: 7 out. 2016.

CONSELHO INTERNACIONAL DOS ENFERMEIROS (CIPE). **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. Versão 2.0. São Paulo: Argol, 2011.

COOPER, H. M. **The integrative research review: a systematic approach**. Beverly Hills, CA: Sage Publications, 1984. Disponível em: <<http://edr.sagepub.com/content/15/8/17.extract>>. Acesso em: 6 set. 2016.

CORDONI JÚNIOR, L. **Elaboração e avaliação de projetos em saúde coletiva**. Londrina: Eduel, 2013. Disponível em: <http://www.uel.br/editora/portal/pages/arquivos/elaboracao%20e%20avaliacao_digital.pdf>. Acesso em: 10 out. 2016.

CRAEMER, M. D. et al. Applying the Intervention Mapping protocol to develop a kindergarten-based, family-involved intervention to increase European preschool children's physical activity levels: the ToyBox-study. **Obesity reviews**, Oxford, v. 15, n. 3, p. 14-26, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25047375>>. Acesso em: 10 out. 2016.

ELSMAN, E. B. M. et al. Using the intervention mapping protocol to develop a maintenance programme for the SLIMMER diabetes prevention intervention. **BMC public health**, Londres, v. 14, p. 1108, 2014. Disponível em: <<http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-1108>>. Acesso em: 10 out. 2016.

FANTE, C.A.Z. **Fenômeno bullying**: como prevenir a violência nas escolas e educar para a paz. Campinas: Ed. Versus, 2005.

FERNANDES, E. R. Reflexões sobre educação em saúde a partir da experiência Sespiana entre 1942 e 1964. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 483-502, 2008. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-621299>>. Acesso em: 10 out. 2016.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Lexikon, 2003.

FRIEDRICH, R. R.; SCHUCH, I.; WAGNER, M. B. Efeito de intervenções sobre o índice de massa corporal em escolares. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 551-560, 2012. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-621299>>. Acesso em: 10 out. 2016.

GELLAR, L. et al. Exploratory research to design a school nurse-delivered intervention to treat adolescent overweight and obesity. **Journal of Nutrition Education and Behavior**, Hamilton, v. 44, n. 1, p. 46-54, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21962865>>. Acesso em: 10 out. 2016.

GILL, T.M.; FEINSTEIN, A.R. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 272, n. 8, p. 619-626, 1994. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7726894>>. Acesso em: 10 out. 2016.

GIOVANELLA, L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n.1, p. 26-44, 1991. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v7n1/v7n1a04.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2016.

GONDIM, S. M. G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 24, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v12n24/04.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2016.

GONZÁLEZ-JIMÉNEZ, E. et al. Efectividad de una intervención educativa sobre nutrición y actividad física en una población de adolescentes. Prevención de factores de riesgos endocrino-metabólicos y cardiovasculares. **Chía**, Colombia, v. 14, n. 4, p. 549-559, 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74133057009>>. Acesso em: 10 out. 2016.

CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL. Lei nº 5.146, de 19 de Agosto de 2013. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 ago. 2013.

GREEN, L.W.; KREUTER, M. W. **Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach**. New York: McGraw-Hill Higher Education, 2005. Disponível em: <<http://www.lgreen.net/hpp/>>. Acesso em 20 jan. 2017.

HARTZ, Z.M.A. (Org.) **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

HERDMAN, T. H. (Ed.) **Nursing Diagnoses: Definitions and classification 2015-2017**. Wiley-Blackwell: Singapore, 2015.

ISMA, G. E. et al. Obstacles to the prevention of overweight and obesity in the context of child health care in Sweden. **BMC Family Practice**, Londres, v. 14, n. 143, p. 1-10, 2013. Disponível em: <<http://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-14-143>>. Acesso em: 10 out. 2016.

JAGER, M. E. et al. O adolescente no contexto da saúde pública brasileira: reflexões sobre o PROSAD. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 19, n. 2, p. 211-221, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v19n2/05.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2016.

JEREMIAS, C. R.; RODRIGUES, F. M. **O cuidar de enfermagem ao sistema cliente comunidade**. Porto: Nursing Edição Portuguesa, 2011. Disponível em: <<http://www.nursing.pt/o-cuidar-de-enfermagem-ao-sistema-cliente-comunidade/>>. Acesso em: 20 ago. 2016.

KHAMBALIA, A. Z. et al. A synthesis of existing systematic reviews and meta-analyses of school-based behavioural interventions for controlling and preventing obesity. **Obesity reviews**, Oxford, v. 13, n. 3, p. 214-233, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22070186>>. Acesso em: 10 out. 2016.

KITZINGER, J. Grupo Focal. In: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 33-43.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Discurso do sujeito coletivo**. São Paulo: Instituto de Pesquisa do Discurso do Sujeito Coletivo, 2003. Disponível em:
<http://www.fsp.usp.br/quali-saude/Discurso_o_que_e.htm>. Acesso em: 3 jun. 2016.

LELIS, C. T. **Mulheres, trabalho e alimentação: uma análise comparative**. 2012. 103 fls. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Economia Doméstica, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, 2012. Disponível em:
<<http://locus.ufv.br/bitstream/handle/123456789/3357/texto%20completo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 12 nov. 2016.

LLOYD, J. J. et al. Evidence, theory and context – using intervention mapping to develop a school-based intervention to prevent obesity in children. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, Londres, v. 8, n. 73, p. 1-15. 2011. Disponível em:
<<https://ijbnpa.biomedcentral.com/articles/10.1186/1479-5868-8-73>>. Acesso em: 10 out. 2016.

LOVE-OSBORNE, K. et al. School-based health center-based treatment for obese adolescents: feasibility and body mass index effects. **Childhood Obesity**, v. 10, n. 5, p. 424-431, 2014. Disponível em:
<<https://pubpeer.com/publications/C8B771E54F46750DCC918508E6660B>>. Acesso em: 10 out. 2016.

LUIZ, A. M. G.; GORAYEB, R.; LIBERATORE JÚNIOR, R. D. R. Avaliação de depressão, problemas de comportamento e competência social em crianças obesas. **Estudos de psicologia**, Campinas, v. 27, n. 1, p. 41-48, Mar. 2010. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v27n1/v27n1a05.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2016.

MACHADO, M. G. **A obesidade para o obeso: uma leitura psicanalítica**. 2011. 105 fls. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

MAIA, E. R. et al. Validação de metodologias ativas de ensino-aprendizagem na promoção da saúde alimentar infantil. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 25, n. 1, p. 79-88, Feb. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v25n1/a08v25n1.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2016.

MANN, C. M. et al. Application of the intervention mapping protocol to develop Keys, a family child care home intervention to prevent early childhood obesity. **BMC Public Health**, Londres, v 15, n. 1227, p. 1-13, 2015. Disponível em:
<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4675063/>>. Acesso em: 10 out. 2016.

MARIZ, L. S. et al. Risk factors associated with treatment abandonment by overweight or obese children and adolescents. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v. 34, n. 2, p. 378-386, 2016.

MARIZ, L. S. et al. Changes in the frequency of food intake among children and teenagers: monitoring in a reference service. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 4, p. 973-981, Aug. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000400973&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 10 out. 2016.

MARIZ, L. S. et al. An infantile obesity Center: report of an experiment. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 17, n. 2, p. 369-372, 2012. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/27900/18557>>. Acesso em: 10 out. 2016.

MELNIK, B. M. et al. Promoting Healthy Lifestyles in High School Adolescents: A Randomized Controlled Trial. **American Journal of Preventive Medicine**, Nova York., v. 45, n. 4, p. 407-415, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24050416>>. Acesso em: 10 out. 2016.

MICHIE, S. et al. **The Behaviour Change Wheel: a Guide to Designing Interventions**. Reino Unido: Silverback Publishing, 2014.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO (MPESP). **Bullying não é legal. 2016**. Disponível em: <<http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/Cartilhas/bullying.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2016.

MOORHEAD, S. et al. **NOC: Classificação dos Resultados de Enfermagem**. St. Louis: Mosby, 2015.

MOORHEAD, A. et al. Weight care project: health professionals' attitudes and ability to assess body weight status – study protocol. **BMC Public Health**, Londres, v. 11, n. 202, p. 1-6, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21453525>>. Acesso em: 10 out. 2016.

NEUMAN, B. **The Neuman systems model**. 3. ed. Stamford: Appleton & Lange, 1995.

OGDEN, C. L. et al. Prevalence of high body mass index in US children and adolescents, 2007-2008. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 303, n. 3, p. 242-249, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20071470>>. Acesso em: 10 out. 2016.

OLIVEIRA, T. R. P. R. **Abordagem da obesidade em adolescentes atendidos em serviço público de saúde: conceitos, dificuldades e expectativas dos pacientes e seus familiares.** 2008. 159 fls. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Global nutrition targets 2025, childhood overweight policy brief.** 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149021/2/WHO_NMNH_NHD_14.6_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 15 nov. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade.** 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/adolescent/seconddecade/files/1612_MNCAH_HWA_Executive_Summary.pdf>. Acesso em: 10 out. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Obesity.** 2012. Disponível em: <[HTTP://www.who.int/topics/obesity/en/](http://www.who.int/topics/obesity/en/)>. Acesso em: 10 out. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Technical Report Series. **Physical Status: the study and interpretation of anthropometry.** Geneva: WHO, 1995.

PBERT, P. et al. A school nurse-delivered intervention for overweight and obese adolescents. **Journal of School Health**, Kent OH, v. 83, n. 3, p. 182-193, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23343319>>. Acesso em: 10 out. 2016.

PEREIRA, S. M. P. D. et al. Operacionalização do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional em Juazeiro do Norte, Ceará. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 36, n. 2, p. 577-586, 2012. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/479/pdf_153>. Acesso em: 10 out. 2016.

PETTY, R. E.; CACIOPPO, J. T. **Attitudes and persuasion: classic and contemporary approaches.** Dubuque, EUA: Brown, 1981. Disponível em: <<https://www.k4health.org/sites/default/files/Petty%20and%20Cacioppo%201981.pdf>> Acesso em: 10 set. 2016.

PICHON-RIVIÈRE, E. **Processo Grupal.** São Paulo: Martins Fontes, 1988.

PIMENTA, C. A. M. et al. **Guia para a construção de protocolos assistenciais de enfermagem.** São Paulo: COREN, 2015.

PIRES, M. R. G. M. Limites e possibilidades do trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família: em busca da autonomia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. spe2, p. 1710-1715, Dec. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/13.pdf>> Acesso em: 10 set. 2016.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PREFEITURA DO NATAL. **Unidades Municipais de Saúde 2015**. Disponível em: <<http://www.natal.rn.gov.br/sms/paginas/ctd-180.html>> Acesso em: 12 de maio de 2016.

RECINE, E.; RADAELLI, P. **Obesidade e desnutrição**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/obesidade_desnutricao.pdf>. Acesso em: 9 out. 2016.

REILLY, J. J.; KELLY, J. Long-term impact of overweight and obesity in childhood and adolescence on morbidity and premature mortality in adulthood: systematic review. **International Journal of Obesity**, Londres, v. 35, n. 7, p. 891-898, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20975725>>. Acesso em: 9 out. 2016.

RICHARD, L. et al. Assessment of the integration of the ecological approach in health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, v. 10, n. 4, p. 318–328, 1996. Apud BARTHOLOMEW, L. K. et al. **Planning Health Promotion Programs: an Intervention Mapping Approach**. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2011.

RIGGS, K. R. et al. An adaptation of family-based behavioral pediatric obesity treatment for a primary care setting: group health family wellness program pilot. **The Permanente Journal**, v. 18, n. 3, p. 4-10, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24937148>>. Acesso em: 9 out. 2016.

RODRIGUES, A.L. L. et al. Contribuições da extensão universitária na sociedade. **Cadernos Graduação, Ciências Humanas e Sociais.**, Aracajú, v. 1, n. 16, p. 141-148, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernohumanas/article/viewFile/494/254>>. Acesso em: 9 out. 2016.

RODRIGUES, P. A. et al. Prevalência e fatores associados a sobrepeso ou obesidade em escolares da rede pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, suppl. 1, p.1581-1588, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a94v16s1.pdf>>. Acesso em: 9 out. 2016.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>>. Acesso em: 9 out. 2016.

SANTIAGO, L. M. et al. Implantação do Programa Saúde na Escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 6, p. 1026-1029, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n6/a20v65n6.pdf>>. Acesso em: 9 out. 2016.

SANTOS, A. A. S. et al. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 5, p. 681-692, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732005000500011>. Acesso em: 9 out. 2016.

SANTOS, W. N. Systematization of nursing care: the historical context, the process and obstacles to deployment. **Journal of Management & Primary Health Care**, Recife, v. 5, n. 2, p. 153-158, 2014. Disponível em: <<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiji43i5rnQAhVEGpAKHdCNAVMQFggiMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.jmphc.com.br%2Fsaude-publica%2Findex.php%2Fjmpmc%2Farticle%2Fdownload%2F210%2F213&usg=AFQjCNE1w0vGHFH7nbBHjMD5fPZOObB9Wsw&sig2=dUUvm9SDZFuCf7zAMKvJNg&cad=rja>>. Acesso em: 9 out. 2016.

SAWAYA, A. L.; FILGUEIRAS, A. "Abra a felicidade"? Implicações para o vício alimentar. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 53-70, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200005>. Acesso em: 9 out. 2016.

SCHRAIBER, L.B.; VILASBOAS A.L.Q.; NEMES, M.I. Programação e saúde e organização das práticas: possibilidades de integração entre ações individuais e coletivas no Sistema Único de Saúde. In: PAIM, J.S.; ALMEIDA-FIHO, N. **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 83-93.

SCHWARTZ, C. **Educação física e artes serão opcionais com mudança do governo**. São Paulo: Gazeta, 2016. Disponível em: <http://www.gazetaonline.com.br/_conteudo/2016/09/noticias/cidades/3979064-educacao-fisica-e-artes-serao-opcionais-com-a-mudanca.html>. Acesso em: 13 out. 2016.

SIGEDUC. Sistema Integrado de Gestão da Educação, Natal/RN. **Unidades escolares 2015**. Natal: Prefeitura do Natal, 2015a. Disponível em: <<http://sigeduc.rn.gov.br/sigeduc/public/home.jsf#>>. Acesso em: 12 mai. 2016.

SIGEDUC. Sistema Integrado de Gestão da Educação/RN. **Relatório de estudantes Natal 2015**. Natal: Prefeitura do Natal, 2015b. Disponível em: <http://sigeduc.rn.gov.br/sigeduc/public/transparencia/pages/consulta/relatorio_estudantes/relEstudantesMunicipioSintetico.jsf>. Acesso em: 6 set. 2016.

SILVA, G.A.P.; TEIXEIRA, M.G.; COSTA, M.C.N. Estratégias de prevenção e controle de doenças, agravos e riscos: campanhas, programas, vigilância epidemiológica, vigilância em saúde e vigilância da saúde. In: PAIM, J.S.; ALMEIDA-FIHO, N. **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 391-399.

SILVA, P. V. C.; COSTA, A. L. Efeitos da atividade física para a saúde de crianças e adolescentes. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 29, n. 64, p. 41-50, 2011.

SILVA, A. B. **Bullying: mentes perigosas nas escolas**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2010. Disponível em: <<http://www.objetiva.com.br/arquivos/capas/793.pdf?1474118408>> Acesso em: 17 set. 2016.

SIQUEIRA, G. F. F. et al. Trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde: conhecimento dos fatores estressores. **Revista Ciência Saúde Nova Esperança**, João Pessoa, v. 11, n. 2, p. 72-85, 2013. Disponível em: <<http://www.objetiva.com.br/arquivos/capas/793.pdf?1474118408>> Acesso em: 17 set. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 101, n. 6, sup. 2, p. 1-63, 2013. Disponível em: <<http://www.objetiva.com.br/arquivos/capas/793.pdf?1474118408>> Acesso em: 17 set. 2016.

SONG, M. et al. Intervention mapping protocol for developing a theory-based diabetes self-management education program. **Research and Theory for Nursing Practice**, v. 29, n. 2, p. 94-112. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26062288>> Acesso em: 17 set. 2016.

TEIXEIRA, M. G. L. C; PAIM, J. S. Os programas especiais e o novo modelo assistencial. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 264-277, 1990. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1990000300004> Acesso em: 17 set. 2016.

THE, N. S. et al. Association of adolescent obesity with risk of severe obesity in adulthood. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 304, n. 18, p. 2042-2047, 2010. Disponível em: < <http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/186874> > Acesso em: 17 set. 2016.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FOUND (UNICEF). **Situação atual da infância: Adolescência uma fase de oportunidade**. (internet) Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowcr11web.pdf>. Acesso em 9 out. 2016.

VARGAS, I. C. S. et al. Avaliação de programa de prevenção de obesidade em adolescentes de escolas públicas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 59-68, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/1874.pdf> > Acesso em: 17 set. 2016.

VIEIRA, C. E. N. K. et al. Nursing Diagnosis of overweight and related factors in adolescents. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v. 33, n. 33, p. 509-518, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072015000300015> Acesso em: 17 set. 2016.

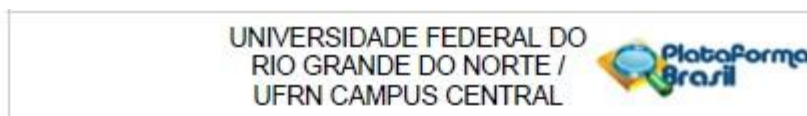
VIEIRA, C. E. N. K. et al. Atuação dos enfermeiros de Unidades Básicas de Saúde direcionada aos adolescentes com excesso de peso nas escolas. **Revista Mineira de enfermagem**, Belo Horizonte, v. 18, n. 3, p. 637-643, 2014. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/951>> Acesso em: 17 set. 2016.

VIEIRA, C. E. N. K. **Enfermagem na Atenção Primária em Saúde no screening de adolescentes com excesso de peso**. 2013. 112 fls. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2013.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolos de cuidado à saúde e organização do serviço**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2009. 88p.

ANEXOS

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: PROTOCOLO PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO ADOLESCENTE COM SOBREPESO E OBESIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Pesquisador: Caroline Evelin Naclmento Kluczynik Vieira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 48378215.4.0000.5537

Instituição Proponente: Pós-Graduação em Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.250.119

Apresentação do Projeto:

Este projeto de doutorado trata da problemática da obesidade nos jovens, um tema extremamente relevante à saúde pública do país. O objetivo do estudo é construir e validar um protocolo de assistência de enfermagem na Atenção Primária à Saúde direcionado aos adolescentes com sobrepeso e obesidade. Um total de 80 participantes, entre alunos e professores, serão recrutados em escolas estaduais. A primeira fase do projeto consiste na aplicação do Protocolo de Mapeamento de Intervenção (PMI) para identificar e implementar intervenções de enfermagem. Na segunda fase, haverá a validação de conteúdo do protocolo por especialistas, os quais serão selecionados por meio da Plataforma Lattes. Os resultados desse trabalho podem contribuir para a implementação de novas estratégias no combate à epidemia de obesidade que aflige os jovens.

Objetivo da Pesquisa:

Construir um protocolo clínico válido para assistência enfermagem na Atenção Primária à Saúde direcionado aos adolescentes com sobrepeso e obesidade a partir de uma intervenção participativa.

 Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são mínimos, incluindo eventual desconforto ou constrangimento por apresentar sua

Endereço: Av. Senador Salgado Filho, 3000	CEP: 59.078-970
Bairro: Lagoa Nova	
UF: RN	Município: NATAL
Telefone: (84)3215-3135	E-mail: cepufm@reitoria.ufrn.br

ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA ESTADUAL DE EDUCAÇÃO
E CULTURA DO RIO GRANDE DO NORTE

Por ter sido informado verbalmente e por escrito sobre os objetivos e metodologia da pesquisa intitulada “Protocolo para assistência de enfermagem ao adolescente com obesidade na Atenção Primária em Saúde”, coordenada pela Enfermeira doutoranda Caroline Evelin Nascimento Kluczynik Vieira, concordo em autorizar a realização da etapa de captação de membros (professores, funcionários e adolescentes escolares) para participar de grupos focais para elaboração e implementação do protocolo proposto, bem como realização das reuniões do grupo nas dependências das quatro escolas estaduais participantes da pesquisa, nesta instituição que represento.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa acima citada por um Comitê de Ética em Pesquisa e ao cumprimento das determinações éticas propostas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS.

O descumprimento desses condicionamentos assegura-me o direito de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa.

Natal (26, 06, 2015).

AUTORIZO:



Rute Regis de Oliveira da Silva Secretário Estadual de Educação e Cultura do Rio
Chefe de Gabinete Grande do Norte

Rute Regis de Oliveira da Silva
Chefe de Gabinete

ANEXO C – CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE NATAL/RN



CARTA DE ANUÊNCIA

Tendo em vista a informação verbal e escrita acerca dos objetivos e metodologia da pesquisa intitulada: “**Protocolo para assistência de enfermagem ao adolescente com sobrepeso e obesidade na Atenção Primária à Saúde**”, coordenada pela Enfermeira doutoranda Caroline Evelin Nascimento Kluczynik Vieira, concordo em autorizar a realização da etapa de captação de enfermeiros nas Unidades Básicas de Saúde para participação de grupos focais para elaboração do protocolo proposto nesta instituição que represento.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa supracitada por um Comitê de Ética em Pesquisa e ao cumprimento das determinações éticas propostas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde - CNS.

O descumprimento desses condicionamentos assegura-me o direito de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa.

Natal (RN), 07 de julho de 2015.


LUIZ ROBERTO LEITE FONSECA
Secretário Municipal de Saúde de Natal.

Marcelo Bessa de Freitas
 Secretário Adjunto de Gestão Participativa e
 Trabalho e da Educação em Saúde

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS ENFERMEIROS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, PROFESSORES E FUNCIONÁRIOS DAS ESCOLAS ESTADUAIS

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa: “Protocolo para assistência de enfermagem ao adolescente com sobrepeso ou obesidade na Atenção Primária à Saúde”, que tem como doutorando responsável Caroline Evelin Nascimento Kluczynik.

Esta pesquisa pretende elaborar um protocolo para a assistência de enfermagem na APS destinada aos adolescentes que apresentem sobrepeso ou obesidade.

O motivo que nos leva a fazer este estudo é a crescente preocupação com o sobrepeso ou obesidade na adolescência e doenças associadas, bem como a necessidade de identificar uma intervenção de enfermagem resolutiva a ser implementada nos serviços de APS.

Caso você decida participar, será convidado a comparecer a três reuniões em um grupo focal no qual serão discutidos: o problema do sobrepeso ou obesidade em adolescentes, as possíveis estratégias para enfrentamento do problema e avaliação das estratégias implementadas. Cada reunião terá duração máxima de duas horas e as datas serão acordadas levando em consideração a melhor disponibilidade para o grupo. Os grupos focais são encontros nos quais os membros debatem sobre uma temática, expressando suas opiniões e percepção para facilitar o registro das falas será solicitada a você a autorização para gravação de voz.

Durante a realização das reuniões dos grupos focais haverá um moderador que fará alguns questionamentos e os demais membros do grupo terão a oportunidade para falar livremente sobre sua percepção a respeito. A previsão de riscos é mínima, ou seja, o risco que você corre é semelhante àquele sentido num exame físico ou psicológico de rotina. Você tem o direito de se recusar a responder as perguntas que lhes causem constrangimento de qualquer natureza.

Pode acontecer um desconforto por apresentar ao grupo sua visão do problema do sobrepeso ou obesidade em adolescentes e as possíveis estratégias de intervenção, o que será minimizado através de um ambiente tranquilo, e será respeitado o seu ponto de vista. Você terá como benefício aprofundar seus conhecimentos sobre o sobrepeso ou obesidade e discutir de que maneira sua participação pode contribuir para a saúde dos adolescentes escolares.

Em caso de algum problema que você possa ter, relacionado com a pesquisa, você terá direito a assistência gratuita que será prestada Enfermeira doutoranda Caroline Evelin Nascimento Kluczynik Vieira.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para Caroline Evelin Nascimento Kluczynik Vieira, telefone (84) 9476-9229.

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhum dado que possa identificá-lo. Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por esta pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

Se você tiver algum gasto pela sua participação nesta pesquisa, ele será assumido pelo pesquisador e reembolsado para você.

Se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você será indenizado.

Em qualquer dúvida sobre a ética desta pesquisa, você deverá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, telefone 3215-3135.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador responsável, Caroline Evelin Nascimento Kluczynik Vieira.

Consentimento Livre e Esclarecido

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nesta pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e de ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa “Protocolo para assistência de enfermagem ao adolescente com sobrepeso ou obesidade na Atenção Primária à Saúde”, e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas, desde que nenhum dado possa me identificar.

Natal (___/___/____)

Assinatura do participante da pesquisa

Declaração do pesquisador responsável

Como pesquisador responsável pelo estudo “Protocolo para assistência de enfermagem ao adolescente com sobrepeso ou obesidade na Atenção Primária à Saúde”, declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodológicos e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante deste estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo.

Declaro ainda estar ciente de que, na inobservância do compromisso ora assumido, estarei infringindo as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Natal (___/___/____)

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS PAIS/RESPONSÁVEIS PELOS ADOLESCENTES

Esclarecimentos

Estamos solicitando a você a autorização para que o menor pelo qual você é responsável participe da pesquisa: “Protocolo para assistência de enfermagem ao adolescente com sobrepeso ou obesidade na Atenção Primária à Saúde”, que tem como pesquisador responsável a Enfermeira doutoranda Caroline Evelin Nascimento Kluczynik Vieira.

Esta pesquisa pretende elaborar um protocolo para a assistência de enfermagem na APS destinada aos adolescentes que apresentem sobrepeso ou obesidade.

O motivo que nos leva a fazer este estudo é a crescente preocupação com o sobrepeso ou obesidade na adolescência e doenças associadas, bem como a necessidade de identificar uma intervenção de enfermagem resolutive a ser implementada nos serviços de APS.

Caso você decida autorizar, ele deverá comparecer a três reuniões em um grupo focal no qual serão discutidos: o problema do sobrepeso ou obesidade em adolescentes, as possíveis estratégias para enfrentamento do problema e avaliação das estratégias implementadas. Cada reunião terá duração máxima de duas horas e as datas serão acordadas levando em consideração a melhor disponibilidade para o grupo. Os grupos focais são encontros nos quais os membros debatem sobre uma temática, expressando suas opiniões e percepção; para facilitar o registro das falas será solicitada a você a autorização para gravação de voz.

Após concluídos esses três encontros no grupo focal, o adolescente será orientado a executar algumas ações de saúde visando à perda de peso e adesão ou manutenção de alimentação saudável e prática regular de atividade física. Aproximadamente três meses após ele receber essas orientações, uma enfermeira irá entrevistar seu filho e avaliar se ele perdeu peso, se melhorou seus hábitos alimentares e de atividade física.

Durante a realização das reuniões dos grupos focais, haverá um moderador que fará alguns questionamentos e os demais membros do grupo terão a oportunidade para falar livremente sobre sua percepção a respeito, como, também, nas orientações para promoção de hábitos saudáveis que serão dadas por uma enfermeira. A previsão de riscos é mínima, ou seja, o risco que ele corre é semelhante àquele sentido num exame físico ou psicológico de rotina.

Seu filho tem o direito de se recusar a responder as perguntas que lhes causem constrangimento de qualquer natureza.

Pode acontecer um desconforto por apresentar ao grupo sua visão do problema do sobrepeso ou obesidade e as possíveis estratégias de intervenção, o que será minimizado através de um ambiente tranquilo, e será respeitado o seu ponto de vista. Ele terá como benefício aprofundar seus conhecimentos sobre o sobrepeso ou obesidade e discutir de que maneira sua participação pode contribuir para a saúde dos adolescentes escolares.

Em caso de algum problema que ele possa ter, relacionado com a pesquisa, ele terá direito a assistência gratuita que será prestada pela Unidade Básica de Saúde responsável pela escola. O enfermeiro da UBS será informado caso haja adolescentes com necessidades especiais na escola.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para a doutoranda Caroline Evelin Nascimento Kluczynik Vieira em (84) 9476-9229.

Você tem o direito de recusar sua autorização, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você e para ele.

Os dados que ele irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhum dado que possa identificá-lo.

Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por esta pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

Se você tiver algum gasto pela participação dele nesta pesquisa, ele será assumido pelo pesquisador e reembolsado para você.

Se ele sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, ele será indenizado.

Em qualquer dúvida sobre a ética desta pesquisa, você deverá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, telefone 3215-3135.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador responsável, doutoranda Caroline Evelin Nascimento Kluczynik Vieira.

Consentimento Livre e Esclarecido

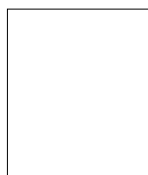
Eu, _____, representante legal do menor _____, autorizo sua participação na pesquisa “Protocolo para assistência de enfermagem ao adolescente com sobrepeso ou obesidade na Atenção Primária à Saúde”.

Esta autorização foi concedida após os esclarecimentos que recebi sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados, por ter entendido os riscos, desconfortos e benefícios que esta pesquisa pode trazer para ele e também por ter compreendido todos os direitos que ele terá como participante e eu, como seu representante legal.

Autorizo, ainda, a publicação das informações fornecidas por ele em congressos e/ou publicações científicas, desde que os dados apresentados não possam identificá-lo.

Natal, ____/____/_____

Assinatura do representante legal



Impressão
datiloscópica do
representante legal

Declaração do pesquisador responsável

Como pesquisador responsável pelo estudo “Protocolo para assistência de enfermagem ao adolescente com sobrepeso ou obesidade na Atenção Primária à Saúde”, declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodológicos e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante deste estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo.

Declaro ainda estar ciente de que, na inobservância do compromisso ora assumido, estarei infringindo as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Natal, ____/____/_____

Assinatura da pesquisadora responsável

APÊNDICE C – TERMO DE ASSENTIMENTO DOS ADOLESCENTES

Através deste termo esclareço que aceito participar da pesquisa “Protocolo para assistência de enfermagem ao adolescente com sobrepeso ou obesidade na Atenção Primária à Saúde”, coordenada pela professora Caroline Evelin Nascimento Kluczynik Vieira.

Como sou menor de idade, meu responsável legal assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido onde a pesquisadora responsável explica a maneira como a pesquisa será realizada, todos os meus direitos, riscos e benefícios que terei ao participar desta pesquisa.

Nesse mesmo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a pesquisadora responsável declarou que cumprirá tudo que ela esclareceu e prometeu.

Juntamente com o meu representante legal, _____, recebi, de forma que entendi, explicações sobre esta pesquisa e os endereços onde devo tirar minhas dúvidas sobre a pesquisa e se a mesma é eticamente aceitável.

Depois de conversar com meu representante legal, resolvi voluntariamente participar desta pesquisa.

Natal, ____/____/_____

Assinatura do participante

Assinatura de uma testemunha

Assinatura do pesquisador responsável

APÊNDICE D – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ

Eu, _____, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada “Protocolo para assistência de enfermagem ao adolescente com sobrepeso ou obesidade na Atenção Primária à Saúde” poderá trazer, e entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, Enfermeira Mestre Caroline Evelin Nascimento Kluczynik Vieira a realizar a gravação de minha entrevista, sem custos financeiros para nenhuma parte.

Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais;
3. minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização;
5. os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade da coordenadora da pesquisa, Enfermeira Mestre Caroline Evelin Nascimento Kluczynik Vieira, e, após esse período, serão destruídos; e
6. serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Natal, ____/____/_____

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura e carimbo da pesquisadora responsável

APÊNDICE E – PROGRAMA DE ENFERMAGEM SAÚDE NA ESCOLA (PESE)

Apresentação

Compreender a saúde como uma produção individual e coletiva requer uma reflexão sobre a complexidade na qual o processo saúde/doença se desenvolve. A enfermeira Betty Neuman elaborou uma teoria na qual destaca que as causas da saúde ou do adoecimento são uma construção humana, por meio da interação dos subsistemas do corpo humano (digestório, circulatório, respiratório, excretor, linfático, etc.) com os suprassistemas (convivência com a família, escola, trabalho, lazer, igrejas, etc.) (NEUMAN, 1995).

De acordo com o modelo teórico de Neuman, nas relações interpessoais pode haver “estressores”, os quais podem afetar de diferentes maneiras os subsistemas, seja por excesso, intolerância, privação ou mudança. Estes podem atingir em maior ou menor profundidade o sistema por meio das linhas de resistência e das linhas de defesa, e as intervenções de enfermagem na comunidade podem ser orientadas no sentido de fortalecer o cliente, de reduzir os efeitos dos estressores ou de restaurar a estabilidade do sistema (NEUMAN, 1995).

A concepção de saúde que irá transversalizar o conteúdo deste Programa a considera como uma produção social, fruto do comportamento pessoal que reflete o contexto social em que se vive e as condições de suporte disponíveis para a sua produção. Assim, promover intervenções de saúde destinadas aos adolescentes, com parceria entre a escola e a Unidade Básica de Saúde (UBS), requer um olhar ampliado, para favorecer o vínculo necessário ao desenvolvimento de intervenções que contemplem as intencionalidades das duas áreas, o contexto da realidade local, as dificuldades e possibilidades de ressignificar conhecimentos, em prol de empoderar os adolescentes para que eles possam ter a autonomia de modificar o próprio comportamento e melhorar sua qualidade de vida.

O desafio de implantar o PESE é conseguir produzir um guia para que o enfermeiro, representante da UBS, com competências e habilidades que o capacitem a realizar a promoção da saúde aos adolescentes, consiga aplicar intervenções de saúde exitosas para favorecer hábitos saudáveis entre os adolescentes. Para que isso aconteça é necessário considerar a rede de apoio disponível na própria comunidade. No caso, participaram ativamente da elaboração deste Programa: professores e adolescentes estudantes de quatro escolas estaduais do Município de Natal/RN e quatro enfermeiras de UBS deste mesmo município.

O conteúdo deste Programa foi elaborado considerando um conceito-chave, promoção da saúde. A qual pode ser entendida como uma estratégia na qual os sujeitos são

partícipes no processo de produção da saúde. Fundamenta-se nos princípios da equidade, da autonomia, do território, da participação social e da intersetorialidade, por meio dos quais os atores sociais se articulam para planejar e implementar determinada ação, com intenção de intervir sobre determinantes e promover as mudanças necessárias à melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2010).

Sabe-se que há em atividade o PSE, contudo, na realidade das quatro UBS e escolas estaduais participantes da elaboração do presente Programa, evidenciou-se que intervenções direcionadas aos adolescentes não estavam sendo realizadas. Objetivou-se então elaborar um Programa para nortear o enfermeiro na assistência ao adolescente com sobrepeso ou obesidade na escola, no entanto, os próprios adolescentes pediram para expandir as intervenções para todos os alunos, para evitar o *bullying* com os participantes e favorecer a aquisição ou manutenção de hábitos saudáveis para todos, independente do estado nutricional.

Este Programa foi elaborado com a participação efetiva da comunidade e atende às necessidades, dificuldades e potencialidades locais, ou seja, destina-se especificamente à realidade natalense.

Planejadoras Caroline Evelin Nascimento Kluczynik e Bertha Cruz Enders

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO

Os enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil têm demonstrado dificuldade em realizar a tomada de decisão clínica ou compor um raciocínio diagnóstico para a criança e adolescente com obesidade, por julgarem seu conhecimento insuficiente. Isto é preocupante, porque o enfermeiro é o profissional que melhor representa a Atenção Primária à Saúde (APS) diante desta problemática, portanto, é relevante repensar e aprimorar a conduta desses profissionais, munindo-os de conhecimentos e meios logísticos que assegurem uma assistência de enfermagem resolutiva (ARAÚJO et al., 2012).

Assim, a prática de enfermagem apresenta lacunas que podem vir a ser dirimidas ao se discutir questões teóricas e práticas. Acredita-se que desenvolver um programa de saúde direcionado a essa clientela irá suprir parcialmente as necessidades imediatas e pode vir a aprimorar a prática existente.

Classifica-se programa como um conjunto orientado de estratégias e ações programáticas integradas com objetivo de: promover saúde; prevenir riscos, agravos e doenças; reduzir a frequência de morbidade; ou aumentar a qualidade de vida (BRASIL, 2011a).

Dentre as ações do enfermeiro destinadas ao adolescente na APS, destaca-se o acompanhamento do crescimento, com ênfase na identificação e intervenção precoce nos casos de sobrepeso ou obesidade (BRASIL, 2012a). Porque se trata de um problema nutricional em todo o mundo e sua prevalência vem crescendo na parcela mais jovem da população (FRIEDRICH et al., 2012).

Uma pesquisa realizada com escolares de todas as capitais brasileiras identificou prevalência de 18,5% de adolescentes com sobrepeso ou obesidade (BRASIL, 2010b). Um estudo realizado em Natal/RN identificou prevalência de 28,8% de adolescentes com sobrepeso ou obesidade entre estudantes da rede estadual de ensino (VIEIRA et al., 2015).

Resultados preocupantes, porque ter obesidade diminui a expectativa de vida devido ao maior risco de desenvolver diabetes tipo 2, resistência à insulina, síndrome metabólica e fatores de risco para doenças cardiovasculares (REILLY, KELLY, 2010). Também pode causar repercussões psicológicas, tais como: depressão, baixa estima e isolamento social (VARGAS et al., 2011).

Outra preocupação deve-se à questão de os adolescentes frequentarem pouco os serviços de saúde. Por isso, o Ministério da Saúde criou o PSE para assistí-los em seu espaço de convívio, e sua primeira meta foi classificar o estado nutricional dos escolares. Destaca-se que os profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) são os responsáveis pelas ações de saúde nas escolas públicas presentes em seu território adscrito (BRASIL, 2012a).

A partir da necessidade de aprofundar o conhecimento científico próprio e da ausência de um programa que indique os meios de a enfermagem intervir de forma resolutiva diante das necessidades desses adolescentes, emergiu a necessidade de desenvolver um programa de saúde na APS. Acredita-se que tal conhecimento auxiliará no aprimoramento da assistência de enfermagem na comunidade.

CAPÍTULO II – OBJETIVOS

Objetivo Geral: Realizar intervenção de enfermagem com a participação ativa da comunidade para a promoção da saúde dos adolescentes.

Objetivos Específicos:

- Implementar intervenções para a promoção da saúde do adolescente na escola;
- Ampliar a autonomia e a corresponsabilidade dos sujeitos da comunidade na assistência integral ao adolescente;

- Contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema Único de Saúde, ao garantir assistência aos adolescentes das escolas participantes;
- Estimular alternativas inovadoras e socialmente inclusivas no âmbito da assistência de enfermagem;
- Prevenir e intervir sobre os fatores determinantes de obesidade e doenças associadas;
- Valorizar e ampliar a cooperação local entre os setores de saúde e educação.

CAPÍTULO III – PARTICIPANTES

A) IMPLEMENTADORES

- UBS: Enfermeiro e técnico em enfermagem;
- Escola: diretor, professores, grupo de adolescentes representantes dos alunos da escola e Amigos da Escola.

B) USUÁRIOS

- Adolescentes matriculados nas escolas participantes.

CAPÍTULO IV – PERÍODO

O Programa será desenvolvido durante um ano letivo escolar, de fevereiro a novembro, contemplando dez meses. As aulas de educação física serão realizadas na escola diariamente (de segunda-feira a sexta-feira), com duração de cinco horas-aula. As intervenções coordenadas pelo enfermeiro serão realizadas uma vez por semana, nos turnos da manhã e tarde, e o cronograma de todas as estratégias práticas será previamente acordado com os participantes e o diretor da escola.

CAPÍTULO V – ESTRATÉGIAS PRÁTICAS

A) REUNIÃO ENTRE MEMBROS DA UBS E DA ESCOLA

Os objetivos são manter o vínculo criado entre a escola e a UBS durante o planejamento deste Programa e planejar as intervenções. Para isso é necessário: os implementadores da UBS irem até a escola; manter parceria com entre o enfermeiro e o diretor da escola; apresentar as estratégias práticas a serem utilizadas no Programa; e agendar encontros com os professores e representantes dos adolescentes para discutirem em conjunto a

maneira de realizar as intervenções. A periodicidade é de uma reunião por mês, ou mais encontros, caso haja necessidade.

B) CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE TODOS OS ESTUDANTES

O enfermeiro precisará primeiramente do apoio do técnico em enfermagem da UBS, dos agentes comunitários de saúde e dos professores da escola que se disponibilizarem. O enfermeiro terá que treinar todos os implementadores para realizarem a classificação do estado nutricional dos adolescentes e fazerem os registros, conforme protocolo (APÊNDICE F).

Essa classificação deverá ser feita uma vez por semestre, e os dados deverão ser registrados em uma planilha para acompanhamento do estado nutricional de todos os alunos.

C) AULA PRÁTICA SOBRE CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

O enfermeiro fará aulas práticas para ensinar os adolescentes a: mensurar peso, altura, calcular IMC, colocar o resultado no gráfico presente na curva “IMC por idade” contida na Caderneta do Adolescente.

Para isso, o enfermeiro precisará do apoio do técnico de enfermagem da UBS e realizará as aulas com no máximo 50 alunos por vez. Os materiais necessários e o passo a passo da técnica para classificação do estado nutricional estão apresentados no apêndice F. É importante que as orientações sejam dadas de forma oral, mas também entregar alguma orientação por escrito facilita a apreensão das informações, e o adolescente poderá tirar dúvidas com as orientações no papel.

D) RODA DE CONVERSA

Os objetivos desta estratégia são: criar um espaço para compartilhamento de experiências; expor ideias; fazer orientações de saúde a partir dos relatos dos adolescentes; e ampliar o convívio entre os adolescentes.

A enfermeira deve agendar quatro rodas de conversa a serem realizadas nos primeiros quatro meses do programa, porque a estratégia da roda de conversa pode estimular os adolescentes a aumentar vínculo com o grupo, adquirir conhecimento sobre hábitos saudáveis e, assim, ter maior interesse em participar ativamente das outras estratégias práticas a serem utilizadas.

Os materiais são: livros, revistas, imagens e outros materiais necessários ao desenvolvimento dos temas. Os quatro temas sugeridos são: “É legal ser diferente” (abordar o

bullying), “O que mais gosto de comer?” (identificar preferências alimentares e abordar a composição dos alimentos industrializados e saudáveis), “O corpo humano foi feito para se mexer” (compartilhar experiências sobre a prática de exercícios físicos e seus benefícios), “Superação e qualidade de vida” (convidar um jovem para testemunhar os benefícios de ter realizado a mudança de hábitos). Destaca-se que estes temas, com exatamente estes nomes, foram escolhidos pelos adolescentes que participaram das etapas de planejamento deste Programa.

Para facilitar a compreensão da execução desta estratégia prática, a seguir será apresentado um passo a passo de como desenvolvê-la em cinco etapas:

- 1ª etapa: Enfermeira, organize a turma em roda de forma que todos possam se ver e ver você. Avise que haverá uma roda de conversa e que nela todos vão aprender várias coisas uns com os outros. Antes de iniciar, prepare os assuntos a propor: uma pergunta instigante, uma história conhecida, um problema que leve à criação de hipóteses, um assunto que demande opiniões, imagens, etc. No início os adolescentes podem estar tímidos, mas a necessidade de instigar a conversa diminui à medida que os adolescentes desenvolvem autonomia. Cuide de quem tem mais dificuldade de se fazer compreender. Traduza para ele o que você entendeu e peça que ele confirme a "tradução" feita por você, para que o grupo compreenda o que de fato ele quis comunicar. Fique atento ainda aos que falam menos e aos que falam bastante, procurando garantir a oportunidade a todos, em diferentes momentos. Ressalte a fala dos adolescentes e invista em orientações de saúde oportunas.

- 2ª etapa: Formule algumas perguntas sobre aspectos relevantes que precisem ser considerados na hora da conversa, por exemplo: Como seria o mundo se todos fossem iguais? (usar imagens de pessoas fisicamente muito parecidas) O que temos de diferente uns dos outros? Vocês já sofreram discriminação por terem algo diferente na aparência física? Estas perguntas são sugestões para o início da conversa sobre o *bullying*, a enfermeira deve estar preparada para relatos muito emotivos; e também podem emergir alguns conflitos, a enfermeira deve estar pronta para mediar a situação e favorecer o bom relacionamento entre os colegas.

- 3ª etapa: Leve para a roda materiais que favoreçam a conversa e a troca de opiniões, como reproduções de pequenos vídeos, fotos ou outro material apropriado.

- 4ª etapa: Separe os participantes em pequenos grupos e os convide a elaborarem cartazes, para sintetizar os aprendizados fruto da roda de conversa; eles irão apresentar os cartazes na roda e em seguida irão fixá-los nos corredores da escola.

- 5ª etapa: Antes de fixar os cartazes nos corredores, faça a avaliação do encontro com os adolescentes. Observe os saberes que adquiriram e se a conversa ajudou a resolver possíveis conflitos. Na avaliação, procure identificar o que os adolescentes gostariam de aprofundar nos próximos encontros.

E) AULAS DE CULINÁRIA

Esta estratégia irá colaborar para o adolescente experimentar alimentos saudáveis, identificar os que agradam o seu paladar e aprender a prepará-los. A enfermeira precisará identificar pessoas na comunidade, Amigos da Escola, que tenham habilidade para cozinhar. Sugere-se buscar esse colaborador entre os pais dos alunos, padeiros, cozinheiros de restaurante ou marmitarias, enfim, pessoas da comunidade dispostas a ajudar.

A cozinha a ser utilizada é a disponível na própria escola ou adaptação do espaço da cantina. Os colaboradores deverão entregar uma lista com todos os materiais necessários, e uma comissão de alunos se responsabilizará para conseguir todos eles, por meio do pedido de colaboração aos professores, enfermeira, supermercado do bairro, aos pais e moradores de casas no bairro.

As aulas de culinária poderão ser agendadas para uma vez por semana, durante dois meses, e as turmas de alunos devem ser de até 20 alunos. Sugere-se que essas aulas sejam no horário oposto ao de sala de aula. Por exemplo, se o aluno estuda à tarde, sugere-se que faça as aulas de culinária nas turmas da manhã, para não atrapalhar sua rotina escolar.

F) AULAS DE EDUCAÇÃO FÍSICA

O objetivo da inclusão destas aulas é voltar a serem obrigatórias as aulas práticas de educação física, para favorecer o pleno desenvolvimento físico dos adolescentes. O esporte também favorece a disciplina e o bom convívio entre os colegas de escola.

Acordou-se entre diretor e professores que as aulas de educação física ocorreriam durante o turno de aulas do adolescente, no total de cinco horas-aula por semana, sendo cada aula com 45 minutos. A I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular sugere 45 minutos por dia de exercícios físicos moderados para a população de adolescentes (SBC, 2013).

Deve certificar-se que o adolescente faz exercícios físicos que contemplem exercícios aeróbicos, fortalecimento muscular e fortalecimento ósseo. Diante das possibilidades atuais das escolas participantes, as aulas de educação física ficaram compostas pelas seguintes modalidades:

- Escola da zona sul: aulas de artes marciais, futsal, circuito (andar rápido, correr, pular corda, abdominais, subir e descer escadas) e queimada (brincadeira regional na qual a turma divide-se em dois grupos, que arremessam uma bola e tentam acertar o corpo do oponente). Observação: dois Amigos da Escola farão o revezamento nas aulas de artes marciais; o professor de Educação Física da escola se responsabilizará pelas aulas de futsal e circuito; a queimada será organizada pelos próprios alunos.

- Escola zona leste: aulas de dança, circuito (andar rápido, correr, pular corda, abdominais, subir e descer escadas), vôlei e futsal. Observação: esta escola não tem quadra de esportes, mas uma quadra que fica ao lado da escola, de propriedade do Corpo de Bombeiros, foi disponibilizada nos turnos da manhã e tarde, às terças e quintas-feiras. As aulas de dança serão organizadas por um Amigo da Escola, professor de dança, além disso, três alunos desta escola são dançarinos de bandas locais e se disponibilizaram para revezar as aulas com o Amigo da Escola. As aulas de vôlei, futsal e circuito serão ministradas por dois professores de educação física da escola.

- Escola zona oeste: futsal, vôlei, luta, queimada e circuito (andar rápido, correr, pular corda, abdominais, subir e descer escadas). Observação: esta escola tem dois professores de Educação Física e eles se responsabilizarão por todas as aulas de educação física.

- Escola zona norte: aulas de dança, atletismo, futsal e queimada. Observação: um Amigo da Escola, professor de dança, e dois alunos da escola dançarinos de bandas locais se revearão nas aulas de dança. Esta escola tem três professores de Educação Física e eles se responsabilizarão pelas aulas de atletismo, futsal e queimada.

G) REUNIÃO COM O SECRETÁRIO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO

Primeiramente, a enfermeira, o diretor da escola e professores devem se reunir e elaborar um documento para apresentar ao Secretário Estadual de Educação do Estado do Rio Grande do Norte. Espera-se que esse documento apresente a importância da aula prática de educação física na escola e as necessidades de recursos humanos e materiais.

Após redigir esse documento, solicitar junto ao gabinete do Secretário de Educação uma reunião. Nesta oportunidade, a enfermeira, um representante dos professores, um representante dos alunos e o diretor da escola devem se fazer presentes. Apresentar ao Secretário de Educação o programa desenvolvido, PESE, pedir sua anuência para desenvolvimento destas atividades, bem como a colaboração com recursos humanos e materiais, tendo em vista as dificuldades apresentadas pela escola.

H) CAMPEONATOS ESCOLARES

O objetivo é realizar campeonatos internos, entre turmas da mesma escola, a fim de estimular os alunos a praticarem exercícios físicos, conviverem em grupo e respeitarem regras. Sugere-se premiação por meio de medalhas aos ganhadores e notas extras aos alunos participantes. Cada time terá um capitão, o qual será um professor escolhido pela turma; ele ficará responsável por inscrever o time no campeonato, organizar a torcida e estar presente durante a competição para estimular seu time.

A escola formará uma comissão por campeonato, para formular as regras, período de realização dos jogos, premiação, regras para inscrição e levantamento de material necessário. Como exemplo, no Apêndice G está disponível o regulamento do campeonato escolar de queimada, elaborado e testado pela escola participante da zona oeste.

I) DEBATE SOBRE AS INTERVENÇÕES PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE E A MUDANÇA DE HÁBITOS

O objetivo desta estratégia prática é avaliar, durante o período de realização do PESE, a opinião dos participantes, as dificuldades e as facilidades encontradas para mudança de comportamento. A partir destes debates será possível fazer adequações para atender as necessidades que emergirem durante o processo de intervenção.

Os debates serão coordenados pelo enfermeiro e por pelo menos um professor da escola. Participarão, por vez, grupos de até 40 alunos, os quais serão subdivididos em dois grupos. Cada grupo se reunirá em um canto da sala de aula, um grupo discutirá sobre as dificuldades encontradas para realizar a mudança de comportamento após participação das intervenções propostas no Programa; o outro grupo discutirá em que pontos os adolescentes estão tendo facilidade e estão mudando o comportamento por escolhas mais saudáveis.

Em seguida, eles farão uma síntese na cartolina e dois representantes apresentarão os pontos de vista do grupo; por meio do debate, eles argumentarão sobre a aplicabilidade das intervenções e podem sugerir modificações para serem implementadas antes da conclusão do Programa de dez meses. Ao final, o enfermeiro deverá fazer um relatório destacando os principais pontos debatidos e analisar se modificações serão necessárias nas intervenções.

J) INCENTIVO

O objetivo desta estratégia prática é estimular os implementadores e usuários a participarem do programa. Isso pode ser aplicado de várias maneiras, por exemplo: os professores podem bonificar com notas os alunos participantes; o enfermeiro pode

parabenizar os adolescentes pela mudança de comportamento; mesmo que a mudança não seja completa, por exemplo, o adolescente conseguiu trocar o consumo de refrigerante por suco natural, os colegas evitam utilizar apelidos depreciativos para denominar os colegas de escola; os adolescentes podem parabenizar os professores e a enfermeira pelo esforço em fazer as intervenções de saúde na escola.

K) PANFLETOS PARA PEDIR AJUDA

O objetivo desta estratégia prática é elaborar panfletos que informem a comunidade sobre o PESE e pedir colaboração aos membros do bairro. O panfleto será elaborado pelos adolescentes com a supervisão dos professores, e o pedido de ajuda poderá contemplar: convidar pessoas a fazerem parte do Amigos da Escola, especificar a necessidade de instrutores para as aulas de dança, luta e culinária. Pedir ajuda de materiais, tais como: ingredientes para as aulas de culinária e materiais esportivos, bolas, cordas e caixa de som.

M) NORMAS DE BOA CONVIVÊNCIA

Objetiva-se, com esta estratégia, criar normas de conduta para todos os membros da escola. Uma comissão, com representantes de professores, estudantes e o diretor da escola, elaborará um documento detalhando as normas e regras de boa convivência na escola. Serão especificadas as repreensões e punições àqueles que transgredirem as normas e regras. Após finalização do documento, ele será publicado no quadro de avisos da escola, lido e debatido em sala de aula com a ajuda dos professores.

N) CONVERSA PARTICULAR

Esta estratégia objetiva oferecer apoio a casos particulares. As intervenções propostas por este Programa são em sua maioria realizadas em grupo, mas há casos em que o adolescente tem dificuldades que prefere discutir em particular. Para isso, sugere-se que professores e a enfermeira se disponibilizem a conversar separadamente com os alunos; caso algum deles sinta necessidade, basta procurá-los e agendar o horário conveniente. É importante o profissional, professor ou enfermeira, estarem alertas e sensíveis para os problemas dos adolescente; é possível que, por timidez ou qualquer outro motivo, eles não procurem ajuda, mas, com a sensibilidade do profissional, pode-se identificar esses alunos e convidá-los a conversar, sem obrigá-los.

O) CONSULTA DE ENFERMAGEM

Devido ao grande número de adolescentes matriculados nas escolas estaduais, fica inviável ao enfermeiro realizar consultas de enfermagem com todos eles. O objetivo desta estratégia é realizar a consulta de enfermagem ao adolescente identificado com obesidade grave e/ou maior risco de doenças associadas. Essa consulta será realizada na UBS, local onde o enfermeiro tem privacidade e materiais necessários.

No apêndice H há uma sugestão de roteiro para essa consulta de enfermagem, o qual foi elaborado por consenso entre as enfermeiras participantes e a planejadora do Programa.

P) DIÁRIO

O objetivo desta estratégia prática é convidar os adolescentes a registrarem as experiências durante a participação no PESE, as dificuldades enfrentadas e as possíveis mudanças realizadas no comportamento. Esse registro e análise é pessoal e de responsabilidade de cada adolescente. Cabe ao enfermeiro explicar do que se trata e os benefícios desta atividade.

Q) SESSÕES DE CINEMA

O objetivo é apresentar o conteúdo e estimular práticas saudáveis por meio de uma ferramenta lúdica, que são os filmes. Os professores e a enfermeira organizarão sessões de cinema, considerando a capacidade de número de alunos na sala de vídeo da escola. Os filmes sugeridos são: *Food Matters* (O alimento é importante) e *Muito Além do Peso*, ambos disponíveis na Netflix.

CAPÍTULO VI – AVALIAÇÃO DO PROGRAMA

A avaliação contemplará a aceitabilidade, as dificuldades enfrentadas, a mudança de comportamento e a perda de peso (especificamente para os adolescentes diagnosticados com sobrepeso ou obesidade). Serão mensuradas as medidas de circunferência abdominal, peso, altura, IMC e classificação do estado nutricional, para acompanhamento no primeiro, sexto e décimo meses do PESE. Esses resultados deverão ser organizados em uma planilha e a enfermeira se responsabilizará por identificar se houve modificações benéficas nos parâmetros antropométricos dos adolescentes.

Além disso, a cada dois meses serão realizadas reuniões com os participantes (implementadores e representantes dos adolescentes) para discutirem a aceitabilidade, as

dificuldades enfrentadas para manutenção das estratégias práticas e a necessidade de modificar itens do Programa proposto.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, S. M. N. Obesidade infantil: conhecimentos e práticas de enfermeiros da Atenção Básica. **Enfermagem em Foco**, v. 3, n. 3, p. 139-142, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Saúde na Escola**. Brasília, DF, 2012a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Cartilha para modelagem de programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças**. Rio de Janeiro: ANS, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- FRIEDRICH, R. R.; SCHUCH, I.; WAGNER, M. B. Efeito de intervenções sobre o índice de massa corporal em escolares. **Rev. saúde pública.**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 551-560, 2012.
- NEUMAN, B. **The Neuman systems model**. 3 ed. Stamford: Appleton & Lange, 1995.
- REILLY, J. J.; KELLY, J. Long-term impact of overweight and obesity in childhood and adolescence on morbidity and premature mortality in adulthood: systematic review. **Int. j. obes.**, Londres, v. 35, n. 7, p. 891-898, 2011.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 101, n. 6, sup. 2, p. 1-63, 2013.
- VARGAS, I. C. S. et al. Avaliação de programa de prevenção de obesidade em adolescentes de escolas públicas. **Rev. saúde pública.**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 59-68, 2011.
- VIEIRA, C. E. N. K. et al. Nursing Diagnosis of overweight and related factors in adolescents. **Invest Educ Enferm.**, v. 33, n. 33, 509-518, 2015.

APÊNDICE F – PROTOCOLO PARA CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

O conteúdo aqui apresentado se baseou na publicação: Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional: SISVAN (BRASIL, 2011).

MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Equipamentos antropométricos: balança e estadiômetro, calculadora, planilha para o registro dos dados e cartões e a Caderneta de Saúde do Adolescente, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS

- Data de nascimento, sexo, peso, altura e IMC.

TÉCNICA

1. Mensuração do peso e da altura:

Os adolescentes devem subir na balança descalços, com roupas leves e posicionados no centro da plataforma, e anotar o resultado. Em seguida, mede-se a estatura com estadiômetro portátil ou acoplado a balança tipo plataforma, com os adolescentes descalços, em posição ortostática, com braços ao longo do corpo, pés unidos, joelhos esticados, cabeça orientada no plano horizontal de *Frankfurt*, após inspiração profunda (WHO, 1995).

2. Cálculo do IMC:

A fórmula para o cálculo do IMC é peso dividido pela altura ao quadrado.

3. Cálculo da idade em meses:

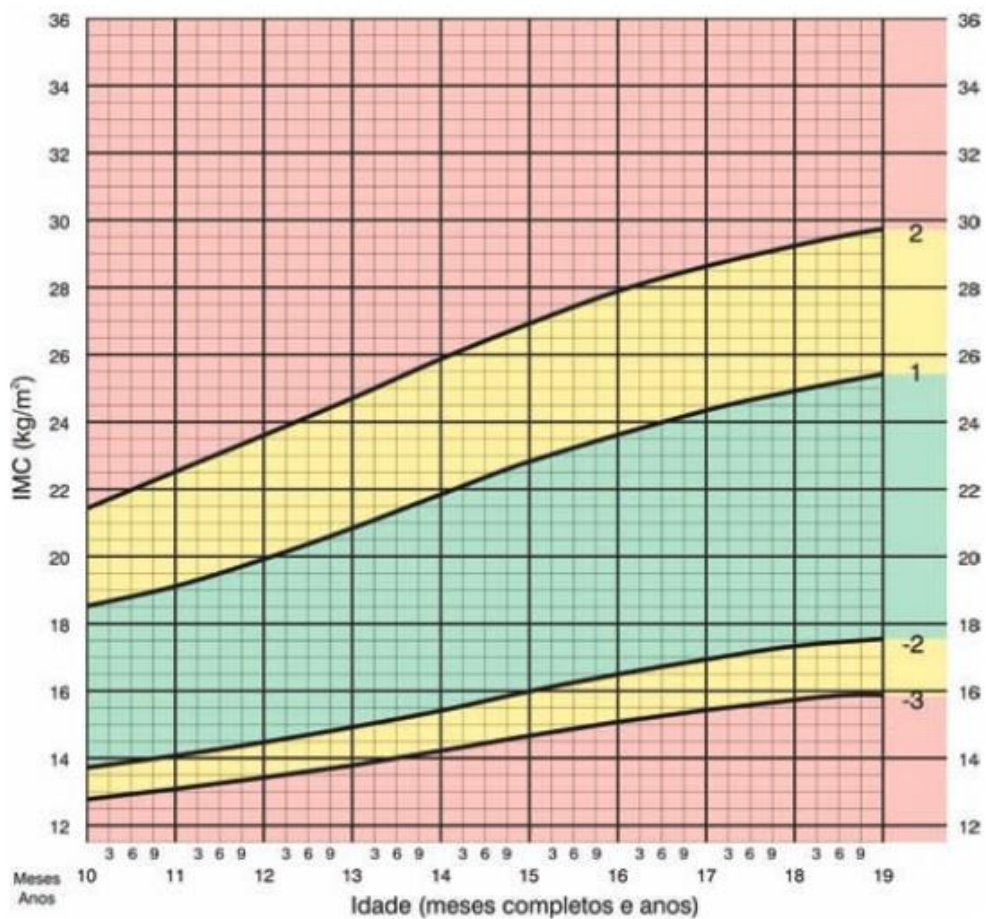
É preciso definir, a partir da data de nascimento, quantos anos e meses completos o adolescente tem.

4. Classificação do estado nutricional:

Após o cálculo do IMC, procure na Caderneta do Adolescente o gráfico correspondente ao IMC por idade (conforme figura abaixo), lembre que há Caderneta para o menino e menina, os gráficos são diferentes. Em seguida, coloque o resultado no gráfico e classifique o estado nutricional em: magreza acentuada ($< \text{Escore } Z -3$), magreza ($\geq \text{Escore } Z -3$ e $< \text{Escore } Z -2$),

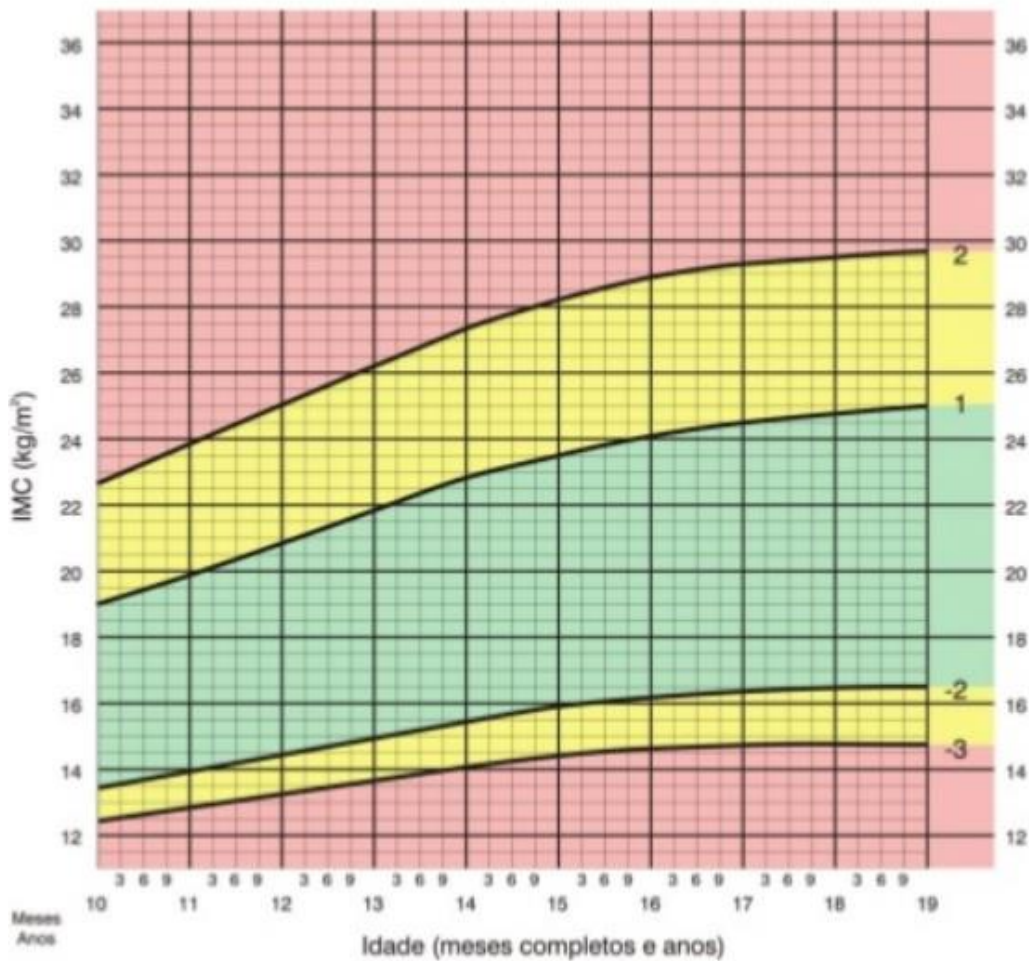
eutrofia (\geq Escore Z -2 e \leq Escore Z +1), sobrepeso ($>$ Escore Z + 1 e \leq Z +2), obesidade ($>$ Escore Z +2 e \leq Escore Z +3) e obesidade grave ($>$ Escore Z +3) (BRASIL, 2011).
 Explique o significado do resultado ao adolescente.

Figura 4 – Classificação do estado nutricional por IMC e idade, caderneta do adolescente



Fonte: Caderneta do Adolescente, sexo masculino (BRASIL, 2012a).

Figura 5 – Classificação do estado nutricional por IMC e idade, caderneta da adolescente



Fonte: Caderneta da Adolescente, sexo feminino (BRASIL, 2012b).

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde:** norma técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderneta do adolescente.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderneta da adolescente.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Technical Report Series. **Physical Status: the study and interpretation of anthropometry.** Geneva: WHO, 1995.

APÊNDICE G – REGULAMENTO DO CAMPEONATO ESCOLAR DE QUEIMADA

ART.1º - Queimada é um jogo que consiste em atirar a bola no adversário, de forma que ele não consiga pegá-la. Ao deixá-la cair, o jogador está queimado e se transfere para o fundo da quadra adversária. Neste campeonato escolar a modalidade de Queimada será disputada de acordo com as regras abaixo descritas.

REGRA 1 - A QUADRA

1.1 - A quadra será a disponível na escola, sua forma é retangular e compreende uma área de jogo medindo 18 metros de comprimento e 9 metros de largura.

REGRA 2 - A DURAÇÃO DO JOGO

2.1 - A partida terá duração de dois tempos de 15 minutos, com três minutos de intervalo para troca de quadra.

2.2 - A partida inicia-se com o apito do árbitro principal e encerra-se com o apito do cronometrista.

2.3 - O cronômetro será parado durante as substituições, ou quando o árbitro principal assim determinar.

2.4 - Será vencedora a equipe que, decorridos os minutos regulamentados, conte com o maior número de jogadores que não tenham sido “queimados”, ou “queime” todos os jogadores do time adversário antes do tempo máximo de duração da partida.

2.5 - Em caso de empate, ao final do tempo regulamentar, haverá um intervalo de cinco minutos para descanso: e em seguida uma prorrogação de dois tempos de cinco minutos, chamada “morte súbita”, na qual será ganhador o primeiro time que conseguir “queimar” um adversário.

REGRA 3 - A BOLA

3.1 - A bola a ser utilizada para o campeonato de meninos será: bola de Handebol H1L; para o campeonato de meninas: bola de Handebol Feminino.

REGRA 4 - O UNIFORME

4.1 - O uniforme a ser utilizado pelo atleta será constituído de tênis, camiseta e calção. Não é obrigatório que a camiseta seja numerada, mas é obrigatório que cada time escolha uma cor para diferenciar seus jogadores dos demais times.

REGRA 5 - OS JOGADORES

- 5.1 - A equipe será constituída por 12 jogadores, sendo 10 titulares e dois reservas.
- 5.2 - Os atletas “queimados” lançarão a bola que ultrapassar a linha de fundo da quadra adversária; ou, se estiverem pelas laterais da mesma, o lançamento deverá ser feito atrás da linha de fundo ou de seu prolongamento. A equipe que não cumprir o disposto neste item perderá a posse da bola.
- 5.3 - Todos os jogadores poderão arremessar a bola em direção à quadra adversária, desde que a mesma não tenha ultrapassado os limites da sua própria quadra.
- 5.4 - O jogador que ultrapassar as linhas que delimitam a quadra, estando este com a posse de bola, não será considerado “queimado” e a bola deverá ser revertida para a outra equipe.
- 5.5 - O atleta sem posse de bola, que durante o jogo ultrapassar as linhas que delimitam a quadra, será considerado "queimado", estando a sua equipe com ou sem a posse de bola.
- 5.6 - O atleta somente poderá bater a bola após tê-la segurado.
- 5.7 - Será considerado "queimado" o jogador que for atingido em qualquer parte do corpo pela bola e esta venha a cair no chão antes de novo lançamento.
- 5.8 - Será considerado "queimado" o jogador que tente segurar a bola e, não conseguindo, a derrube no chão.
- 5.9 - Se o atleta segurar a bola e cair com ela dominada, não será considerado "queimado", mesmo que a bola toque o chão.
- 5.10 - Se, no mesmo lançamento, a bola bater em dois ou mais jogadores da mesma equipe e depois cair no chão, todos aqueles que tiverem sido tocados por ela serão "queimados".
- 5.11 - Se a bola, antes de bater no jogador, tocar o chão, este não será considerado "queimado".
- 5.12 - Se a bola bater simultaneamente no chão e no jogador, este não será considerado "queimado".
- 5.13 - Se a bola tocar em um jogador e, antes que toque o chão, for segurada por um companheiro da equipe ou tocada por qualquer jogador da equipe adversária, aquele não será considerado "queimado" e o jogo prosseguirá normalmente.
- 5.14 - O atleta, após ser “queimado”, deverá dirigir-se ao outro lado da quadra, onde deverá permanecer até o final do jogo.
- 5.15 - O jogador que se dirigir ao outro lado da quadra, mesmo depois de "queimado", não poderá atravessar por dentro da quadra adversária.
- 5.16 - Com exceção do capitão de cada equipe, todos os outros jogadores terão direito apenas a uma “vida” (nova chance) cada um.

REGRA 6 - O CAPITÃO

6.1 - Um dos jogadores titulares será o capitão e usará obrigatoriamente uma braçadeira para diferenciá-lo dos demais jogadores.

6.2 - O capitão deverá iniciar o jogo atrás da linha de fundo da quadra em que se encontram os jogadores da equipe adversária, e lá permanecerá obrigatoriamente até que pelo menos um dos jogadores da sua equipe seja “queimado”, e venha substituí-lo na sua posição.

6.3 - O capitão de cada equipe terá direito a duas “vidas”, isto é, poderá ser “queimado” duas vezes.

6.4 - O capitão, após entrar na quadra, não poderá retirar-se da mesma, exceto quando acabarem suas “vidas”.

REGRA 7 - AS SUBSTITUIÇÕES

7.1 - Cada equipe poderá efetuar o máximo de quatro substituições.

7.2 - A substituição somente será permitida quando a equipe estiver com a posse de bola e esta esteja com o capitão.

7.3 - O atleta reserva somente poderá participar do jogo para substituir um atleta que esteja na quadra.

REGRA 8 - O TIRO DE SAÍDA

8.1 - O Tiro de Saída é executado pela equipe que ganhou o sorteio, e optou por iniciar com a posse de bola; ou pela outra equipe, se a equipe que ganhou o sorteio escolher o campo de jogo.

8.2 - Após o intervalo do 1º meio tempo, o tiro de saída será executado pela equipe que não o fez no início do jogo.

8.3 - Antes de cada prorrogação, haverá novo sorteio para a escolha do campo de jogo ou do tiro de saída.

8.4 - A troca de quadra é feita após o intervalo do jogo.

REGRA 9 - O JOGO PASSIVO

9.1 - Será considerado Jogo Passivo toda bola que não seja lançada com intenção de “queimar” um atleta adversário.

9.2 - O jogo passivo será permitido até o terceiro lançamento consecutivo. O não cumprimento deste implicará em penalidade para a equipe, com a perda da posse de bola.

9.3 - O atleta poderá ficar com a posse de bola no máximo cinco segundos.

REGRA 10 - A EQUIPE DE ARBITRAGEM

10.1 - A equipe de arbitragem será composta por três árbitros, um secretário e um cronometrista.

10.2 - Cada partida será dirigida por três árbitros, sendo o do centro o árbitro principal, e os de linha de fundo serão os auxiliares.

REGRA 11 - O BANCO DE RESERVAS

11.1 - O banco de reservas será composto por dois atletas reservas e um técnico.

11.2 - Os técnicos deverão permanecer junto ao banco de reservas, no espaço delimitado para sua atuação.

REGRA 12 - AS SANÇÕES

12.1 - Os atletas e técnicos poderão ser punidos com advertência (cartão amarelo) ou exclusão (cartão vermelho).

12.2 - São infrações a serem punidas com advertência:

12.2.1 - Atitude antidesportiva para com o adversário, companheiros, oficiais ou torcidas.

12.2.2 - Colocar o adversário em perigo durante suas ações.

12.3 - São infrações a serem punidas com exclusão:

12.3.1 - Atitude antidesportiva grosseira para com o adversário, companheiros, oficiais e torcidas.

12.3.2 - Reincidência após advertência.

12.3.3 - Agressão física contra companheiro, adversário, oficiais e torcidas.

12.3.4 - Um atleta ou dirigente excluído não poderá permanecer no banco de reservas.

12.3.5 - Um atleta excluído não poderá ser substituído.

12.3.6 - Os técnicos punidos com exclusão ficarão impedidos de continuar na partida.

APÊNDICE H – ROTEIRO PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM

ATITUDES DO ENFERMEIRO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM

Primeiramente é necessário o enfermeiro acolher o adolescente na Unidade Básica de Saúde, de modo geral, os adolescentes ficam apreensivos em estar em uma Unidade de Saúde. De preferência procure incluir na consulta os pais ou responsáveis, o núcleo familiar é importante no tratamento de adolescentes com obesidade.

A seguir estão descritos alguns pontos a serem considerados pelo enfermeiro no acolhimento ao adolescente:

- Ser observador, atencioso e cortês com o adolescente e familiar;
- Estar receptivo: ouvir atentamente, demonstrando interesse em relação às necessidades, preocupações e problemas;
- Ser resolutivo e considerar as necessidades de saúde possíveis de serem atendidas na unidade e quais necessidades exigem complementação em outros serviços e/ou níveis de assistência;
- Traçar estratégias que contemplem o atendimento das necessidades do adolescente e envolvam a participação da família;
- Ser criativo e encontrar soluções para cada situação em particular.

PROCESSO DE ENFERMAGEM

ETAPA I: COLETA DE DADOS

a) Anamnese

Nesta etapa o enfermeiro irá coletar informações referentes ao adolescente, família e comunidade, com o propósito de identificar as necessidades, antecedentes, hábitos, problemas e preocupações. Para isto é necessário coletar informações sobre:

- Identificação do cliente (dados socioeconômicos, ocupação, moradia, lazer e religião);
- Antecedentes familiares e pessoais (agravos à saúde);
- Medicações em uso e presença de efeitos colaterais;
- Hábitos de vida (lazer, sedentarismo, exercícios físicos, etc.);
- Comportamento alimentar;
- Sono e repouso;
- Queixas atuais.

Após responder estes questionamentos o adolescente estará mais à vontade com o enfermeiro, este é o momento mais adequado para pedir ao adolescente para relatar se ele se percebe com obesidade; se sim, quando ele começou a perceber-se com obesidade, se essa condição prejudica sua qualidade de vida, e se ele tem interesse de fazer um controle.

b) Exame físico

Avaliar:

- Aparência pessoal;
- Altura, peso corporal, circunferência abdominal, IMC e *Acantose nigricans*;
- Pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória;
- Temperatura;
- Alterações de visão;
- Pele (integridade, turgor, coloração e manchas);
- Cavidade oral;
- Tórax (ausculta cardiopulmonar) e abdômen;
- MMSS e MMII (unhas, dor, edema, pulsos pediosos e lesões);
- Articulações (capacidade de flexão, extensão, limitações de mobilidade e edemas);
- Pés (bolhas, sensibilidade, ferimentos e calosidades).

ETAPA II: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Diante das informações coletadas na etapa anterior, é possível identificar os principais Diagnósticos de Enfermagem. Destaca-se que cada ser humano é único, com necessidades particulares que se modificam no decorrer do tempo. Portanto, a seguir serão descritos os diagnósticos mais prováveis, mas é necessário avaliar cada paciente. Utilizou-se a taxonomia da NANDA-I (HERDMAN, 2015).

- Sobrepeso (233): definido como a condição em que o indivíduo acumula gordura anormal ou excessiva para idade e sexo. Características definidoras – para pessoa de 2 a 18 anos IMC > percentil 85 ou 25 kg/m^2 , mas < percentil 95;
- Obesidade (232): definida como a condição em que o indivíduo acumula gordura anormal ou excessiva para idade e o sexo, que excede o sobrepeso. Características definidoras – pessoa de 2 a 18 anos IMC > 30 kg/m^2 ou > percentil 95 para idade e sexo.

ETAPA III: PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM

Neste item as enfermeiras optaram por descrever as atividades de enfermagem indicadas na intervenção de enfermagem “Assistência para reduzir o peso (1280)”, contida na NIC (BULECHEK; BUTCHER, 2010). Destaca-se que as prescrições de enfermagem são especificadas para as necessidades de cada paciente, logo, as descritas a seguir, servirão como base, mas não como fim.

Intervenção de Enfermagem – Assistência para reduzir peso

Definição: facilitação da redução de peso e/ou gordura corporal.

Atividades:

- Determinar o desejo e a motivação individual para reduzir o peso ou a gordura corporal;
- Determinar com o paciente a quantidade desejada de peso a ser reduzida;
- Estabelecer uma meta semanal para a redução de peso;
- Pesar o paciente semanalmente;
- Anotar em gráfico o progresso para atingir a meta final e colocá-lo em local estratégico;
- Recompensar o paciente quando as metas forem alcançadas;
- Encorajar o uso de sistemas internos de recompensa quando as metas forem alcançadas;
- Estabelecer um plano realista com o paciente, incluindo ingestão reduzida de alimentos e aumento do gasto de energia;
- Determinar os padrões alimentares atuais, fazendo o paciente manter um diário do que come, quando come e onde come;
- Auxiliar o paciente a identificar a motivação para comer e os indicadores internos e externos associados ao ato alimentar;
- Encorajar a substituição de hábitos indesejáveis por hábitos favoráveis;
- Expor lembretes e sinais de encorajamento que levem a comportamentos de promoção da saúde, e não ao ato de comer.
- Auxiliar na adaptação das dietas(,) ao estilo de vida e ao nível de atividade do paciente;
- Facilitar a participação do paciente em, pelo menos, uma atividade de gasto de energia três vezes por semana;
- Oferecer informações sobre a quantidade de energia gasta com determinadas atividades físicas;
- Auxiliar a selecionar atividades de acordo com a quantidade de gastos de energia desejados;
- Planejar um programa de exercícios levando em conta as limitações do paciente;

- Desenvolver um plano de refeições diárias, com uma dieta bem equilibrada e redução de calorias e gorduras, conforme apropriado;
- Encorajar o uso de substituto do açúcar, conforme apropriado;
- Recomendar a adoção de dietas que levem ao alcance de metas para perder peso a longo prazo;
- Encorajar a participação em grupos de apoio para reduzir o peso;
- Encaminhar o paciente para programa comunitário de controle de peso, conforme apropriado;
- Orientar sobre a forma de calcular a porcentagem de gordura nos produtos alimentares;
- Ensinar a selecionar alimentos em restaurantes e encontros sociais, de uma forma coerente com a ingestão calórica nutricional;
- Discutir com o paciente e a família a influência do consumo de álcool sobre a digestão dos alimentos.

Além das atividades acima descritas, contidas na NIC (BULECHEK, BUTCHER, 2010), as enfermeiras solicitaram acrescentar:

- Agendar consulta com o médico da UBS;
- Fazer encaminhamentos necessários para atender às necessidades do adolescente, entretanto o acompanhamento na UBS deverá ser mantido, mesmo que parte da assistência seja realizada por outros níveis de assistência.

ETAPA IV – IMPLEMENTAÇÃO

É a concretização do plano assistencial, guiado pelo roteiro de prescrições listado na etapa anterior; os registros devem ser feitos no prontuário do paciente/família. Caso o adolescente não seja morador da área adscrita da UBS, um prontuário específico para os alunos da escola será elaborado.

ETAPA V – AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

É o relato das mudanças sucessivas que ocorreram com o adolescente. Anotar inicialmente a avaliação do plano de cuidado. Determinar se os resultados foram atingidos, se as intervenções foram efetivas e se são necessárias modificações.

Para facilitar esta atividade, será utilizada a taxonomia para os Resultados de Enfermagem. Para tanto, uma escala contida na NOC será utilizada, ela elenca os estados de saúde a serem avaliados com base em escalas que reproduzem um *continuum* de respostas a

uma intervenção. Espera-se descrever o estado, os comportamentos e os resultados do cliente em resposta ao cuidado que lhe foi prestado (MOORHEAD et al., 2015).

A definição para o resultado esperado “Controle de peso (1612)” é: ações pessoais que resultam em conquista e manutenção de um excelente peso corporal. Esse resultado será avaliado através da escala abaixo (MOORHEAD et al., 2015):

CONTROLE DE PESO	Nunca demonstrado (1)	Raramente demonstrado (2)	Às vezes demonstrado (3)	Muitas vezes demonstrado (4)	Consistentemente demonstrado (5)
Monitora o peso do corpo					
Mantém ótima ingestão calórica diária					
Seleciona refeições e lanches nutritivos					
Usa suplementos nutricionais conforme a necessidade					
Come como resposta à fome					
Mantém o padrão alimentar recomendado					
Retém os alimentos ingeridos					
Busca auxílio profissional conforme a necessidade					
Usa sistemas de apoio pessoal para mudar o padrão alimentar					
Identifica situações sociais que afetem a ingestão de alimentos					
Identifica estados emocionais que afetem a ingestão de alimentos					
Planeja estratégias para situações que afetem a ingestão alimentar					
Controla a preocupação com os alimentos					

Controla a preocupação com o peso					
Expressa uma imagem realista do corpo					
Demonstra progresso na direção do peso-alvo					
Alcança um peso excelente					
Mantém um peso excelente					
Apresenta sono satisfatório*					
Outro (especificar)					

Nota: *Esse item não está contido na NOC, a planejadora o acrescentou na tabela.

Ao utilizar essa escala, será possível determinar o quanto as metas foram alcançadas e observar as mudanças a cada retorno. Destaca-se que o Processo de Enfermagem é contínuo, ou seja, é necessário repetidas vezes rever as necessidades do adolescente, por meio de nova coleta de dados, inclusão ou exclusão de diagnósticos e prescrições de enfermagem, e avaliações frequentes.