

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO
Mestrado Profissional em Nutrição
do Nascimento à Adolescência

Monica Venturineli Ferreira

**OBESIDADE INFANTIL – FATORES DE INTERFERÊNCIA NA
ADESÃO AO TRATAMENTO DIETOTERÁPICO POR UM GRUPO DE
CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA VISÃO DOS SEUS
RESPONSÁVEIS.**

SÃO PAULO
2016

Monica Venturinelí Ferreira

**OBESIDADE INFANTIL – FATORES DE INTERFERÊNCIA NA
ADESÃO AO TRATAMENTO DIETOTERÁPICO POR UM GRUPO DE
CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA VISÃO DOS SEUS
RESPONSÁVEIS.**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Nutrição do Nascimento à Adolescência do Centro Universitário São Camilo, orientada pela Prof.^a Dra. Adriana Garcia Peloggia de Castro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Nutrição.

**SÃO PAULO
2016**

Monica Venturineli Ferreira

**OBESIDADE INFANTIL - FATORES DE INTERFERÊNCIA NA
ADESÃO AO TRATAMENTO DIETOTERÁPICO POR UM GRUPO DE
CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA VISÃO DOS SEUS
RESPONSÁVEIS.**

São Paulo, ___ de maio de 2016.

Prof.^a Dra. Adriana Garcia Peloggia de Castro
Professora Orientadora

Examinadora Externa:

Examinadora Interna:

Dedicatória

À Deus, porque tudo é Dele, por Ele e para Ele.

Agradecimentos

À minha amada filha Gabriela por manter nosso amor reciprocamente incondicional mesmo nos momentos em que precisei ausentar-me para a realização deste trabalho, de seu primeiro ao terceiro ano de vida. Que, no futuro, estes esforços possam lhe servir de incentivo à, também, lutar pelos seus sonhos. Te amo tudo, pra vida toda!

Ao meu amado esposo Rogério, por todo apoio e compreensão. Muito obrigada por dividir a carga de responsabilidades cotidianas comigo, demonstrando paciência, amor e cumplicidade. Saiba que a minha vida é mais feliz tendo você ao meu lado! Te amo!

À minha base: meu pai Pedro, que sempre me serviu como fonte de inspiração de garra e força e minha mãe Eugênia, que sempre dedicou-se à família, com muito carinho e disciplina. Sou muito grata por tudo o que fizeram por mim! Amo vocês!

À minha amada irmã e amiga Kátia, companheira de todos os tempos, que sempre me incentivou a seguir nos caminhos dos estudos, ao meu cunhado André e à minha sobrinha Lorena! Joias amadas!

À minha sogra Antônia por todo estímulo e apoio, meu muito obrigada de coração! E aos meus queridos cunhados Tiago e Shay por todo carinho!

À minha orientadora Prof.^a Adriana Peloggia por ser-me sempre uma fonte de inspiração, tornando-se uma amiga após esta oportunidade de trabalharmos juntas no mestrado. Muito obrigada por toda a disponibilidade, confiança, competência e ensinamentos que levarei por toda a vida!

À Prof^a Dra. Aline de Piano Ganen por toda a dedicação na Coordenação de nosso Curso de Mestrado e por todas as contribuições diretas a este trabalho.

Às Prof^{as} Dr^{as}. Macarena Urrestarazu Devincenzi e Ana Cristina de Sá por suas valiosas contribuições na qualificação.

A todos os professores do Centro Universitário São Camilo que, desde a graduação, contribuíram para minha formação profissional e pessoal. Que continuem sendo agentes de transformação na sociedade!

Às minhas amigas da Turma 2A: Caroline, Fernanda, Ana Beatriz, Monica Campos, Soraya, Carina, Kathleen e Maristela por todo apoio, companheirismo, troca de ideias e experiências. E da Turma 1A, em especial à Tereza Cristina por todo auxílio e incentivo à minha exploração na pesquisa qualitativa.

A todos os funcionários e amigos da Filantropia do Hospital Sírio Libanês.

Ao Dr. Sérgio Zanetta, à Rosana Bonanho e à Dra. Marina Emiko por terem cedido o local para a realização do presente trabalho e por todo encorajamento no decorrer deste estudo.

À Wilma Madeira, Dra. Calu e Sibelli por suas valiosas contribuições.

À Ariane, Ana Lúcia e todos os funcionários e amigos do Serviço de Alimentação do Hospital Sírio Libanês. Guardo cada um de vocês em meu coração!

A todos os pacientes e seus familiares que lutam continuamente por uma melhor qualidade de vida.

A todos que, de forma direta ou indireta, auxiliaram na concretização deste trabalho meu mais sincero e carinhoso OBRIGADA!

“As sociedades contemporâneas criam obesos, mas não os suportam”.

Jean Trémolières (1975)

“Não fique com medo, pois estou com você; não se apavore, pois eu sou o seu Deus. Eu lhe dou forças e o auxílio; eu o protejo com a minha forte mão”.

Isaías 41.10

RESUMO

FERREIRA, Monica Venturineli. **Obesidade Infantil: Fatores de Interferência na Adesão ao Tratamento Dietoterápico por um Grupo de Crianças e Adolescentes na Visão dos seus Responsáveis.** 2016. 74f. Dissertação (Mestrado Profissional do Nascimento à Adolescência) - Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2016.

A obesidade é resultante de diversos fatores genéticos, metabólicos, nutricionais, psicossociais, culturais e ambientais atingindo diversas faixas etárias e condições socioeconômicas. Por aumentar as chances de morbimortalidade, inclusive em crianças e adolescentes, torna-se foco de grande preocupação. O atendimento multiprofissional representa um instrumento eficaz em seu tratamento, contudo, os resultados dependem da adesão pelo paciente e seus familiares. O objetivo deste estudo foi conhecer possíveis fatores de interferência na adesão ao tratamento dietoterápico por um grupo de crianças e adolescentes, na visão dos seus responsáveis. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, com o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Foram realizadas entrevistas individuais com responsáveis de pacientes pediátricos atendidos em um ambulatório de obesidade do município de São Paulo, que apresentaram aumento de valor de Índice de Massa Corporal durante o tratamento com equipe multidisciplinar. Como resultado, a maioria dos entrevistados eram mães, 'do lar', com baixo grau de escolaridade, idade média de 41 anos e 6 meses e apresentavam sobrepeso. As práticas alimentares dos pacientes, na opinião dos responsáveis, eram influenciadas por membros da família, pela autonomia proporcionada pela adolescência, pelos maus hábitos cotidianos, pela influência de amigos no ambiente escolar e pelos aspectos emocionais decorrentes da participação da mãe no mercado de trabalho ou problemas de saúde. Embora os responsáveis tenham referido muitos itens de facilidades e dificuldades de aplicação das orientações fornecidas pelo nutricionista, é importante que este profissional priorize a individualização no tratamento, a fim de apoiar e sustentar as informações alimentares, e que estes pacientes tenham o olhar de uma equipe multidisciplinar, já que se sabe que a obesidade apresenta determinantes multifatoriais.

Palavras Chave: Obesidade Pediátrica. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Dietoterapia.

ABSTRACT

FERREIRA, Monica Venturineli. **Childhood Obesity: Interference Factors in Treatment Adherence diet therapy for a group of children and adolescents in view of its Responsible.** 2016. 74f. Dissertation (Professional Master Birth to Adolescence) - University Center São Camilo, São Paulo, 2016.

Obesity is the result of several genetic, metabolic, nutritional, psychosocial, cultural and environmental reaching different age groups and socioeconomic conditions. To increase the chances of morbidity and mortality, including children and adolescents, it is the focus of great concern. The multidisciplinary care is an effective tool in their treatment, however, the results depend on the adherence by patients and their families. The aim of this study was to identify possible factors affecting adherence to dietary treatment for a group of children and adolescents, in the view of the perpetrators. This is a qualitative study, with the Collective Subject Discourse method. They were conducted individual interviews with officials of pediatric patients from an obesity clinic in São Paulo, which showed an increase of body mass index value during treatment with multidisciplinary team. As a result, the majority of respondents were mothers 'home', with low level of education, average age of 41 years and 6 months and overweight. Feeding practices of patients, in the opinion of those responsible, were influenced by family members, the autonomy afforded by teens, by bad lifestyle habits, the influence of friends in the school environment and the emotional aspects arising from the mother's participation in the labor market or health problems. Although the leaders have said many items of facilities and difficulties of implementation of the guidelines provided by the nutritionist, it is important that this professional prioritizes individualizing treatment in order to support and sustain the food information, and that these patients have the look of a team multidisciplinary, since it is known that obesity has multifactorial determinants.

Keywords: Pediatric Obesity. Knowledge, Attitudes and Practice in Healthy. Dietotherapy.

ÍNDICE

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Obesidade	11
1.2 Obesidade infantil.....	13
1.2.1 Fatores sociais	15
1.2.2 A influência da família e da escola na educação alimentar	15
1.2.3 Dados epidemiológicos da obesidade infantil.....	16
1.2.4 Tratamento da obesidade infantil	17
2. OBJETIVOS	22
2.1 Geral.....	22
2.2 Específicos	22
3. MÉTODO	23
3.1 Delineamento do estudo.....	23
3.2 Local do estudo	24
3.3 Participantes do estudo.....	27
3.4 Coleta de dados	27
3.5 Análise.....	30
4. ASPECTOS ÉTICOS	32
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
5.1 Caracterização sociodemográfica	33
5.1.1 Caracterização dos entrevistados	33
5.1.2 Caracterização dos pacientes	35
5.2 Evolução multiprofissional	36
5.3 Análise de conteúdo	38
6. CONCLUSÃO	52
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
ANEXO 1	66
ANEXO 2	67
APÊNDICE 1	71
APÊNDICE 2	73
APÊNDICE 3	74

1 INTRODUÇÃO

1.1 Obesidade

A etiologia da obesidade é muito discutida sendo, em sua maioria, resultante da interação de diversos fatores como: genéticos, metabólicos, endócrinos, nutricionais, psicossociais e culturais classificada, desta maneira, como multifatorial e complexa podendo atingir as mais diversas faixas etárias e condições socioeconômicas (RICCO et al., 2010). Possui como base principal o desequilíbrio entre a ingestão calórica e o gasto energético, com poucas exceções (SANTOS; RABINOVICH, 2011).

Todavia, a obesidade não parece ser somente o resultado das escolhas e consumos alimentares imediatos, sendo modelada por concepções gerais e de vida dos grupos sociais em aspectos bem mais amplos (FERREIRA; MAGALHÃES, 2005).

No Brasil, o aumento de peso na população em geral foi constatado, pela primeira vez, em 1989, por meio dos dados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) sendo identificados 32% dos brasileiros com excesso de peso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1989). Desde então, sua prevalência vêm somente crescendo (FERREIRA; MAGALHÃES, 2005).

A proporção mundial de adultos com sobrepeso e obesidade subiu de 28,8% para 36,9% entre os homens e de 29,8% para 38% entre as mulheres entre os anos de 1980 e 2013 (FLEMING et al., 2014).

No mundo, cerca de 2,8 milhões de pessoas morrem anualmente pelo resultado de excesso de peso corporal na população, com crescente aumento a cada ano, sendo reconhecidamente um problema de saúde pública global (WORLD HEALTH ASSOCIATION, 2011).

No Brasil, segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) de 2014, cresce a cada dia o número de obesos, sendo que mais da metade da população (52,5%) já se encontra acima do peso e 17,9% enquadram-se na classificação de obesidade. Estes dados demonstram um aumento de 23% na frequência de excesso de peso nos últimos nove anos, período que compreende de 2006 a 2014 (BRASIL, 2015).

Com o maior número de pessoas com obesidade agravou-se o estado de saúde da população geral com o aumento dos casos de doenças como diabetes, hipertensão, dislipidemias, doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, distúrbios metabólicos, câncer, doenças do aparelho digestório e danos psicossociais em geral das quais a obesidade mostrou-se um fator de risco para essas doenças (FERREIRA et al., 2005).

O ambiente obesogênico tem exercido grandes mudanças ao longo dos últimos anos, colaborando para o ganho gradual de peso na população (HAN, 2010). Este ambiente surgiu devido a urbanização e a globalização, alterando a vida cotidiana, os hábitos alimentares, a prática de atividade física, o tempo disponível, a conveniência e a acessibilidade, o hábito de adquirir alimentos processados ou alimentar-se fora de casa, além dos meios de comunicação, que impulsionam ao consumo de alimentos industrializados (SOUZA; OLIVEIRA, 2008).

A obesidade é, também, resultante das transformações modernas nos modos de vida da população com maior tempo sentado frente à TV, a maior disponibilidade de produtos de máquinas espalhadas em diversos locais frequentados pela população, o fácil acesso a alimentos com alto valor energético e baixa saciedade, a redução das necessidades energéticas por meio da utilização de ar climatizado tanto no inverno quanto no verão, amenizando a energia despendida para a manutenção da temperatura corporal, a mecanização da mão de obra nos setores primários e secundários de trabalho e a diminuição do deslocamento a pé entre a residência e o trabalho. A seleção genética da população, com a perpetuação de indivíduos mais pré-dispostos a poupar energia como forma de sobrevivência para suportar as épocas de restrições calóricas também é proposta (POULAIN, 2013).

Segundo boletim da Organização Mundial de Saúde (OMS), dentre 69 nações, 56 apresentaram uma relação estatisticamente significativa entre o aumento no fornecimento de alimentos mais calóricos e o índice de obesidade na população entre os anos de 1971 e 2010 (VANDEVIJVERE, 2015), demonstrando o quanto, também, hábitos alimentares específicos estão relacionados a este quadro.

Estes hábitos podem sofrer ainda maior influência pelo fato de as mulheres terem ocupado cargos de trabalhos remunerados que, em tempos remotos, eram obrigatoriamente ocupados por homens, todavia, não foram destituídas de suas responsabilidades no lar, encontrando-se, por diversas vezes, sobrecarregadas. A falta de tempo pela longa jornada de trabalho e o tempo de transporte entre a

residência e o serviço diminuíram o tempo disponível destas mulheres para o preparo dos alimentos, estimulando-as a fazerem uso de alimentos industrializados, prontos ou refeições fora do lar, alterando completamente o padrão alimentar familiar (LELIS, 2012).

1.2 Obesidade infantil

O excesso de gordura corporal na infância merece atenção especial já que pode antecipar o surgimento de efeitos danosos à saúde, como as doenças crônicas não transmissíveis, além de relações existentes entre obesidade infantil e sua persistência até a vida adulta (LUNA et al., 2011; SANTOS; RABINOVICH, 2011).

Por esse motivo, alguns fatores que contribuem para o surgimento e perpetuação da obesidade infantil merecem uma abordagem mais aprofundada, entretanto, uma postura acusadora de um ou outro fator isoladamente tornar-se-ia fútil já que todos devem desfrutar de uma partilha de responsabilidades, assumindo cada envolvido o seu papel no quadro da obesidade infantil (POULAIN, 2013).

Os novos hábitos alimentares, nas últimas décadas, também têm contribuído para o aumento de peso das crianças (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012). Houve um aumento da oferta de alimentos energéticos, em sua maioria ultraprocessados, sendo muito saborosos, acessíveis economicamente e amplamente divulgados em propagandas nos mais diversos meios de comunicação (MONTEIRO et al., 2011). O crescente consumo de bebidas açucaradas, como os refrigerantes e os sucos artificiais também tem colaborado com a prevalência de obesidade e sobrepeso (VEGA et al., 2015). A diminuição no consumo de frutas, verduras e legumes, junto ao aumento no consumo de alimentos ultraprocessados, ricos em gorduras, sódio e calorias trouxeram agravos à saúde humana de maneira geral e contribuiu para o aumento de peso da população (BRASIL, 2010a; VANDEVIJVERE, 2015).

Destaca-se, também, um fator social, onde a maioria das grandes metrópoles, incluindo São Paulo, sofre com a violência e falta de segurança que obrigam seus moradores a recolherem-se dentro de seus lares ou outros locais fechados empobrecendo seu lazer e aumentando o sedentarismo. Esta realidade vai contra as recomendações de prática de atividade física por seus grandes benefícios à saúde como: diminuição da porcentagem de gordura corporal, melhora da capacidade

cardiorrespiratória, aumento da força muscular, aumento da saúde óssea, diminuição de sentimentos de ansiedade, aumento da sensação de prazer e melhora geral de biomarcadores benéficos à saúde. Para crianças e adolescentes a recomendação de atividade física diária é de 60 minutos, todavia, é sabido que, devido ao modo de urbanização e de todos os aspectos sociais, há uma escassez de espaços seguros para esta prática esportiva e de lazer (WHO, 2010; MARTINS, 2013).

O maior tempo frente à televisão, jogos eletrônicos, computadores e menor tempo de sono é prática frequente de algumas crianças e adolescentes e um importante fator de piora na ingestão alimentar resultando em ganho de peso e podendo levar à obesidade (CAMARGO et al., 2013; CORSO et al., 2012). Existe uma associação positiva entre o tempo despendido frente aos aparelhos televisivos e o consumo alimentar e associação inversa com o tempo de atividade física, revelando que as crianças e os adolescentes que despendem maior tempo em frente à televisão apresentam uma tendência a se manterem sedentários, ingerirem menos frutas e vegetais e mais guloseimas como salgadinhos, doces e bebidas açucaradas (ROSSI et al., 2010).

Quanto aos aspectos psicológicos, emoções negativas como sentir-se ansioso, triste, entediado, inseguro, tenso ou deprimido podem associar-se ao aumento da ingestão alimentar em alguns indivíduos. Por vezes, a própria sensação de fome amedronta-os levando-os a buscarem o alimento antes mesmo de apresentarem esta sensação física. Entende-se que esta busca pelo alimento também possa dar-se pela necessidade de um conforto emocional imediato, como um escape aos sentimentos negativos e, por vezes, consequência de autoestima reduzida e dificuldades em perceber e lidar com as próprias emoções (FERREIRA; MAGALHÃES, 2005; GARAULET et al., 2012).

Além disso, fatores desencadeantes da obesidade podem estar presentes até mesmo antes do nascimento (LUCAS et al., 1999). A má alimentação, com escassez de nutrientes e calorias, durante o período intrauterino ou nos primeiros anos de vida, pode levar o organismo a uma programação metabólica que determinará o rumo que o organismo seguirá durante toda sua vida (BALCI et al., 2010; BARKER, 2004). A adaptação para sobrevivência com menor disponibilidade energética, armazenará mais energia quando exposta a um maior aporte alimentar, levando à maior susceptibilidade e ao surgimento da obesidade e outras doenças crônicas não

transmissíveis (PATEL, 2010) demonstrando que a sua prevenção deve ocorrer desde tempos remotos.

1.2.1 Fatores sociais

A obesidade está presente, também, nas camadas menos favorecidas da população, indicando que a relação entre a obesidade e a pobreza, ao contrário do que parece, não se trata de um paradoxo. Na realidade, elas subsistem entrelaçadas, em uma dinâmica multifacetada. A obesidade está presente na população de baixa renda brasileira não como resultado de uma abundância, riqueza ou excessos alimentares, mas sim, como prova da desigualdade social, sofrendo influências de situações vividas no cotidiano destes indivíduos e sendo articulada pela dinâmica social (FERREIRA, MAGALHÃES, 2005).

Somado a isso, diversas famílias de baixa renda encontram-se em insegurança alimentar. A insegurança alimentar, como um desajuste da alimentação em quantidade, qualidade e diversidade, possui forte associação com a obesidade pela intensificação da oferta de alimentos não saudáveis, com possível aumento de peso corporal da população. Baixa qualidade nutricional dos alimentos, escolhas alimentares erradas, alimentos energéticos, monótonos e sem diversidade, ingeridos em grande quantidade são alguns dos determinantes desta relação de insegurança alimentar e obesidade (MAZUR; NAVARRO, 2015). Isso não significa que as famílias com condições de acesso aos alimentos, ditas em segurança alimentar, tenham uma adequada escolha alimentar, reforçando-se a necessidade de maiores esclarecimentos da população em geral para uma melhor seleção alimentar, de maneira mais abrangente (PANIGASSI et al., 2008).

1.2.2 A influência da família e da escola na educação alimentar

A instituição que mais influencia no desenvolvimento e escolhas da criança é a família, apesar de sistemas sociais externos também contribuir neste aspecto. Ademais, existe também a transmissão intergeracional da obesidade, que não deve ser menosprezada (GARCIA, 2015). Nos casos em que as famílias não apresentam uma estabilidade emocional, as relações pais-filhos e de socialização podem

apresentar-se prejudicadas, trazendo malefícios em todos os aspectos da vida da criança (SILVA et al., 2008).

Não obstante, apenas os pais estarem orientados não é suficiente já que, por vezes, os alimentos disponíveis para compra em cantinas escolares não apresentam valor nutricional adequado, expondo o público infantil às escolhas alimentares mais calóricas, açucaradas, ricas em gorduras, e pobres em fibras e vitaminas, sendo interessante estimular a melhoria do padrão de alimentos comercializados neste ambiente. Merenda escolar de boa qualidade, nutritiva e atrativa e educação alimentar e nutricional no ambiente escolar viria agregar conhecimento tanto aos alunos quanto aos professores, gestores, familiares e todos os envolvidos, podendo servir como fator de mudança nas condutas e escolhas alimentares não somente como remediação, mas como fator de prevenção à obesidade (BARBOSA et al., 2013).

1.2.3 Dados epidemiológicos da obesidade infantil

Em escala mundial, de 1990 a 2010, houve um aumento de 21% e 31% na primeira e na segunda década na prevalência de sobrepeso e obesidade na primeira infância, sendo a previsão entre os anos de 2010 a 2020 de 36% de aumento neste índice (DE ONIS, 2015) e o número de crianças menores de cinco anos de idade com sobrepeso ou obesidade passou de 31 para 41 milhões entre 1990 e 2014 (NISHTAR et al., 2016).

Na América Latina, onde coexistem desnutrição e obesidade, estima-se que cerca de 42,4 a 51,8 milhões (20 – 25%) das crianças e adolescentes apresentem excesso de peso, sendo agravados pelo foco na prevenção da desnutrição em detrimento da prevenção da obesidade na maioria das políticas públicas nestes países (RIVERA et al., 2014). A baixa estatura da população também pode contribuir para uma maior classificação do IMC, podendo ser um indicador de desnutrição no início da vida, caracterizando a transição nutricional pela qual passa a população (FERREIRA, 2005).

No Brasil, houve um preocupante aumento no número de crianças acima do peso no Brasil, tanto nos índices de obesidade quanto de sobrepeso. Atualmente, existem mais crianças com sobrepeso do que desnutridas no Brasil. O número de crianças e adolescentes, na faixa etária de zero a dezenove anos, com sobrepeso

ou obesidade é preocupante por ter apresentado um aumento sempre crescente nas últimas três décadas desde 1980 (BRASIL, 2010b).

Segundo a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2008-2009) realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde, houve um aumento no número de crianças acima do peso no Brasil. O número de meninos, na faixa etária entre 5 e 9 anos de idade, foi o que apresentou o maior índice, aumentando mais que o dobro nos valores de excesso de peso entre os anos de 1989 e 2009, passando de 15% para 34,8%, respectivamente. Já os classificados como obesidade apresentaram um aumento de mais de 300% nesse mesmo grupo etário, indo de 4,1% em 1989 para 16,6% em 2008-2009 (BRASIL, 2010).

Os efeitos negativos causados pela obesidade sobre a saúde elevam os custos e sobrecarregam a atenção à saúde já tão insuficiente e frágil no Brasil (RICCO et al., 2010; RIVERA, et al., 2014).

Assim sendo, a obesidade torna-se um agravo complexo representando um dos maiores desafios de saúde pública deste século (FERREIRA; MAGALHÃES, 2005).

1.2.4 Tratamento da obesidade infantil

O tratamento da obesidade, apesar de estabelecer metas atingíveis, possui como base a modificação de hábitos já estabelecidos na rotina da criança e do adolescente, o que não facilita sua adesão. Isso mostra a importância de medidas preventivas na população geral o mais precocemente possível (PEREIRA, 2013).

A obesidade não possui um tratamento 100% eficaz, sendo a reeducação alimentar a melhor maneira de tratá-la, devendo ser mantida pelo decorrer da vida (SIGULEM et al., 2001).

Estas elevadas taxas de sobrepeso e obesidade na infância com seus respectivos agravos à saúde levaram ao desenvolvimento de diversos planos de ação e metas globais para a prevenção da obesidade em crianças e adolescentes por meio do incentivo à atividade física e melhora do padrão alimentar, dentre outras estratégias. Da América Central à América Latina houve o desenvolvimento do Plano de Ação para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes de 2014 à 2019, que a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) aprovou em junho de 2014. O objetivo principal é de transformar o ambiente obesogênico atual em um ambiente saudável e com disponibilidade de alimentos nutritivos e menor valor

energético (OPAS, 2014). Outras estratégias internacionais também já foram propostas como: Estratégia Global da Organização Mundial de Saúde sobre Dieta, Atividade Física e Saúde e Declarações Políticas sobre a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis dos anos de 2011 e 2014 (DE ONIS, 2015; WHO, 2004).

A OMS lançou o Plano de Ação Global 2013- 2020 de Prevenção e Controle das Doenças Não Comunicáveis, dentre elas, a obesidade, com o intuito de sanar o seu aumento em escala mundial (WHO, 2013).

Os planos de ação devem ser focados no monitoramento, controle e intervenção nos índices de obesidade infantil, levando em consideração seu custo-benefício e envolvendo os diversos setores como educação, agricultura, finanças, comércio, transporte e planejamento urbano. Os dados da América Latina são alarmantes e trazem grandes consequências econômicas para os países mais afetados pela obesidade infantil como Brasil, Chile e México. Deve ser considerado que, nestas regiões, além do problema da obesidade, enfrenta-se, conjuntamente, os problemas de baixa estatura e déficit nutricional (deficiência de ferro e outros micronutrientes), todos eles coligados (DE ONIS, 2015). Estabelecer programas de prevenção da obesidade em crianças e adolescentes nestes países são, portanto, urgentemente necessários (RIVERA et al., 2014).

Segundo a OMS, os governos devem implementar políticas públicas como fator de mudança no suprimento de alimentos de maneira mais saudável. Somente neste cenário será possível reduzir a obesidade, diminuindo, conseqüentemente, diversos problemas de saúde decorrentes dela (VANDEVIJVERE, 2015).

A Constituição Federal de 1988 cita em alguns de seus artigos acerca do ambiente:

Art. 196: Saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Art. 225: Todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem como de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para a presente e futuras gerações (BRASIL, 1988).

Dentro desta temática, nos últimos anos, o governo brasileiro também tem realizado ações de promoção de saúde. Dentre eles, podem ser citados o Programa Nacional de Alimentação Escolar, Programa Saúde na Escola, Projeto Escola

Saudável, Dez Passos para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas e a Regulamentação de Propaganda e Publicidade de Alimentos (BRASIL, 2015). Todavia, a implementação de programas governamentais necessita de uma fiscalização e de um envolvimento do cidadão a fim de otimizar os efeitos sobre o controle da obesidade infantil no Brasil (REIS et al., 2011).

Uma imperfeição que as estratégias de combate à obesidade, por vezes, pode apresentar é a característica peculiar no processo de ser e de combater a própria obesidade, pelo indivíduo. A forma pela qual ele recebe as informações e as processa é que representa o fator determinante para a mudança e sucesso do tratamento. Além disso, tornar-se-ia muito fácil solucionar o problema da obesidade se a simples retenção do conhecimento sobre o que deve ou não ser feito fosse o determinante da adesão e redução de peso dos indivíduos. Se assim fosse, não haveria profissionais da saúde inclusos neste grupo de risco. Faz-se necessário conhecer a individualidade de cada ser, todos os fatores que influenciam em seu modo de pensar e compreender o mundo para que, colocando-se na mente do outro se otimize seu processo de reaprender a comer e viver (SOARES, 2009).

Vindo de encontro à necessidade de atenção à saúde e manutenção de peso de crianças e adolescentes, o trabalho multidisciplinar é um importante instrumento de educação e possível fator de mudança do quadro e dos hábitos, contando com o apoio e envolvimento familiar para que este trabalho seja efetivo (ABREU, 2010; PAKPOUR et al., 2011).

A estrutura e a dinâmica familiar podem apresentar associação com o quadro da obesidade, decorrente dos maus hábitos alimentares praticados neste ambiente (JAHNKE; WARSCHBURGER, 2008). Desta forma, é interessante conhecer a realidade da família, tentando compreender todos os fatores envolvidos na obesidade, visando otimizar o cultivo de bons hábitos alimentares e de vida, envolvendo-os no processo de educação alimentar da criança e do adolescente (MEDEIROS, 2011; PATIAS, 2013)

O tratamento clínico, com um grupo multiprofissional capacitado, é de fundamental importância, pois visa melhorar o padrão alimentar e mudar o estilo de vida pela inclusão de atividade física e correções nos hábitos de alimentação dos pacientes com obesidade (NONINO-BORGES et al., 2006).

A equipe multiprofissional também deve conscientizar-se sobre a importância de se estabelecer um elo de ligação entre o profissional e o paciente e seus familiares, tendo por base a confiança (ROCHA et al., 2015).

A adesão ao tratamento de saúde representa muito mais que obrigatoriamente apenas cumprir determinações do profissional que o atende. O paciente e seus familiares tem autonomia para aceitar ou não as recomendações dos profissionais de saúde, tornando-se participantes ativos de todo o processo (PONTIERI; BACHION, 2010). Quando seu tratamento é de longo prazo, normalmente são analisados seu custo-benefício, consciente ou inconscientemente, ponderando os benefícios do tratamento em detrimento às restrições e esforços que terão de fazer (NIQUINI, 2012).

As razões de abandono do tratamento por parte das crianças com obesidade variam bastante podendo ser atribuídas, muitas vezes, por grande tempo despendido para a realização das consultas, dificuldades em conciliar os horários de consultas às atividades escolares ou dos pais, recusa da criança em permanecer no tratamento, desestímulo pela não perda de peso, dificuldades em agendar retorno e demora no atendimento (NOGUEIRA; ZAMBON, 2013).

O êxito da adesão está relacionado a diversos fatores como sexo, idade, etnia, escolaridade, nível socioeconômico, cronicidade, sintomas e consequências de morbidade, crenças de saúde, hábitos de vida, aspectos culturais, percepção da seriedade da doença, experiências familiares semelhantes, autoestima, impacto do tratamento ao que considera qualidade de vida, acesso ao serviço de saúde e relacionamento com a equipe de saúde (GUSMÃO et al., 2006).

Em um tratamento de obesidade infantil com duração pré-determinada é extremamente importante a otimização dos resultados durante este período, mesmo porque alguns pacientes podem apresentar aumento do IMC após seu término devido ao afastamento e não-monitoramento de perda de peso, hábitos alimentares e de vida (RODRIGUES et al., 2015).

Em conjunto com toda a equipe multiprofissional, o nutricionista deve exercer o poder de influência nos hábitos de vida e alimentares durante o tratamento da obesidade infantil, promovendo a manutenção ou perda de peso, conforme cada caso. Esse processo pode ser auxiliado pela correção de erros alimentares, orientação de valor calórico e nutricional dos alimentos, equilíbrio de grupos alimentares, diminuição gradativa da quantidade alimentar ingerida, sem repetição

das porções, estímulo da mastigação, horários regulares de refeições, diminuição do tempo de televisão e aparelhos eletrônicos e estímulo à mastigação (CAVALCANTE et al., 2012).

Diante dos diversos fatores que podem interferir no cumprimento das recomendações do tratamento dietoterápico de crianças e adolescentes com obesidade, torna-se relevante investigá-los, por meio do relato de vivência dos responsáveis, no intuito de intervir de maneira mais assertiva nos fatores modificáveis, oferecendo um tratamento com possíveis chances de maior sucesso no desfecho contra a obesidade infantil.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Conhecer possíveis fatores de interferência na prática das recomendações dietoterápicas durante o tratamento de pacientes obesos pediátricos, que não diminuam o valor de IMC, na visão dos responsáveis.

2.2 Específicos

Descrever as características sociodemográficas das famílias entrevistadas no estudo.

Identificar os fatores envolvidos nas práticas alimentares do cotidiano dos pacientes, na opinião dos responsáveis;

Elencar quais os itens de maior facilidade ou dificuldade de serem colocados em prática pelas crianças e adolescentes, na perspectiva dos responsáveis;

Averiguar a visão dos responsáveis quanto ao tratamento dietoterápico proposto pelo nutricionista em um programa de obesidade infantil.

3. MÉTODO

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa. A escolha desse método justifica-se pela necessidade de conhecer a subjetividade das informações do relato dos entrevistados a respeito de sua visão acerca dos fatores de interferência na adesão ao tratamento dietoterápico dos pacientes pediátricos com obesidade, sem ter por objetivo solucionar o problema do estudo no momento de coleta. Esse tipo de estudo busca caracterizar um evento que se ocupa da investigação científica, contudo, com maiores chances de registro da subjetividade do binômio pesquisador/pesquisado. A pesquisa qualitativa investe na tentativa de interpretar, de maneira supostamente mais adequada, a realidade (PEREIRA, 2001). O percurso analítico deste tipo de pesquisa torna possível um conhecimento que possui como base opiniões, crenças, valores, representações, relações e ações humanas (MINAYO, 2012).

O material verbal foi coletado por meio de entrevistas individuais, semiestruturadas (**Apêndice 1**) realizadas com os responsáveis das crianças e dos adolescentes, em sala reservada, atendidos no Programa de Obesidade Infantil do Ambulatório de Especialidades. Para orientação da entrevista foi aplicado um roteiro (**Apêndice 2**) com quatro questões elaboradas com a intenção de responder aos objetivos propostos, servindo apenas como base para a condução da entrevista, não apresentando caráter tendencioso ou constrangedor. As perguntas foram lidas em voz alta e as respostas registradas em gravador de voz digital e transcritas, na íntegra, em momento posterior.

Entende-se por responsável, nesta pesquisa, qualquer acompanhante, familiar ou não, com idade superior a 18 anos, que esteve presente na rotina da criança ou adolescente - de cada paciente que apresentou piora no Índice de Massa Corporal (IMC) – entre as duas últimas consultas que antecederam a entrevista.

O IMC é obtido pela divisão do peso, em quilos, pela altura, em metros, ao quadrado e classificado pelas tabelas da WHO (2006, 2007).

3.2 Local do estudo

O trabalho foi desenvolvido no Ambulatório de Especialidades em Pediatria da Filantropia da Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio Libanês, situado na Rua Peixoto Gomide, 337, no bairro da Bela Vista, na cidade de São Paulo – SP. O local de estudo foi escolhido por tratar-se do ambiente de trabalho da pesquisadora, mediante seus conhecimentos e indagações sobre o assunto abordado.

O atendimento realizado no Ambulatório de Especialidades em Pediatria (AEP) faz parte do trabalho filantrópico desenvolvido pelo hospital Sírio Libanês, em parceria com Sistema Único de Saúde (SUS), representando uma Atenção Secundária à Saúde neste Sistema.

O público atendido pelo Programa de Obesidade compreende os pacientes com faixa etária entre 3 anos e 17 anos incompletos, de ambos os sexos, com o estado nutricional classificado como obesidade, apresentando valor maior ou igual a +2 escore Z do gráfico do IMC/Idade, segundo os critérios da Organização Mundial de Saúde, dos anos de 2006 e 2007.

Os pacientes atendidos tem sua origem do encaminhamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) - por meio do diagnóstico de obesidade infantil - via regulação do Sistema Integrado de Gestão da Assistência à Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo (SIGA/PMSP) para o Programa de Obesidade, como cuidado especializado da saúde destas crianças e adolescentes.

O fluxo de atendimento do local do estudo varia conforme o profissional. A periodicidade entre as consultas tanto com o fisioterapeuta, quanto com o nutricionista é bimestral. Ambos os profissionais realizam atendimentos individuais, em consultórios.

O fisioterapeuta estimula a prática de atividade física que pode ser realizada, também, em ambientes pequenos e fechados, como o ambiente domiciliar e, para pacientes com possibilidade de práticas esportivas externas ou em clubes esportivos, este profissional orienta qual a melhor modalidade dentro da faixa etária e condições gerais do paciente.

O nutricionista avalia o recordatório alimentar do paciente, identificando possíveis melhorias que possam ser executadas nos hábitos alimentares do paciente; realiza medição de peso, estatura, cálculo do IMC, dobra cutânea tricipital, circunferência do braço e circunferência da cintura, classifica-os por meio dos

Programas disponibilizados pela Organização Mundial de Saúde: Anthro® (até cinco anos de idade) ou Anthro Plus® (de cinco a dezenove anos incompletos) e estabelece metas de condutas até a próxima consulta.

O psicólogo acompanha estas crianças e adolescentes obesos por meio de grupos, classificados por faixas etárias, com retornos mensais. Ele conta com o apoio de um arte-educador da própria instituição que o ajuda em jogos e brincadeiras facilitadoras. No encontro, portanto, além da conversa e do trabalho realizado pelo psicólogo, também são abordados aspectos psicológicos envolvidos na obesidade com interação entre todos os participantes e profissionais.

Em primeira consulta ou caso haja necessidade de um acompanhamento mais personalizado, normalmente em casos mais específicos e, por vezes, complicados, o psicólogo pode recrutar alguns pacientes para consulta individual em momentos que ficam ao seu critério.

O retorno em consulta com o pediatra é bimestral e o seguimento laboratorial realizado entre seis e 12 meses, conforme o caso. Este profissional também é responsável por todo o acompanhamento clínico do paciente: peso, estatura, maturação e saúde geral.

A instituição concordou em participar do estudo mediante aceite concedido em Carta de Coparticipação para realização da pesquisa, assinada pelo Superintendente do Setor de Filantropia e pela Coordenadora do Serviço de Nutrição **(Anexo 1)**.

Vale ressaltar que, por ser um trabalho filantrópico, o público beneficiado pelo serviço prestado normalmente pertence a populações de baixa renda, que não possuem acesso aos atendimentos particulares ou de convênios médicos disponíveis.

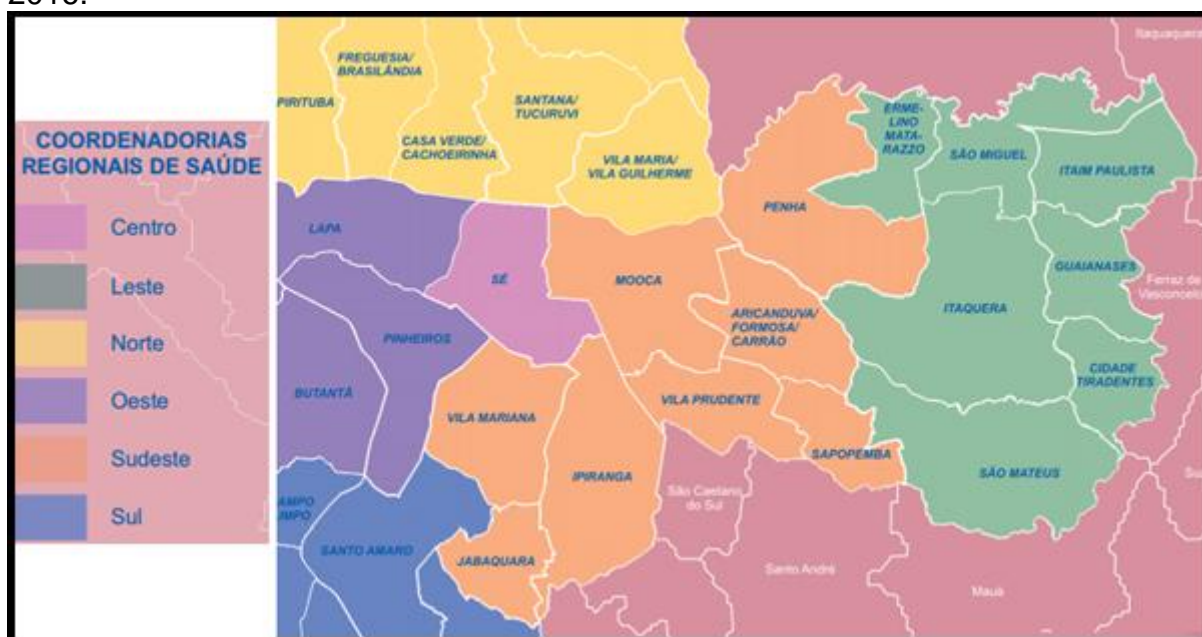
Muitos dos pacientes residem em moradias com diversas famílias habitando-as simultaneamente, conhecidas como cortiços, o que reduz expressivamente o espaço de convivência desta família e restringe o uso de áreas comuns como corredores ou quintais para lazer das crianças. Muitas vezes, os cômodos são definidos por móveis como armários e guarda-roupas, onde pode não haver espaço suficiente para colocação de mesa para alimentação. Todas estas características são consideradas pelo Serviço ao longo do tratamento.

Apesar de menos numerosos nos dias atuais do que nos tempos remotos de imigração, os cortiços estão presentes em todos os distritos da capital, sendo mais

comum na região central da cidade, por possibilitarem o acesso mais facilitado ao trabalho, proximidade de instituições como escolas, creches, serviços de saúde, enfim, de uma localização com “mais vida”, contudo, em condições mais inadequadas de residir (KOWARICK, 2013).

A região que o Programa contempla é a Centro-oeste, assistindo aos moradores da Sé, Lapa, Pinheiros, Butantã e regiões circunvizinhas, identificadas pelas cores rosa e lilás na figura 1.

Figura 1 – Coordenadorias Regionais de Saúde da Cidade de São Paulo – SP, 2016.



Fonte: Boletim CEInfo, 2015.

A partir da identificação dos pacientes obesos pediátricos pelas Unidades Básicas de Saúde, é agendada uma consulta com um dos dois pediatras que constituem a equipe de obesidade do ambulatório. Dentro da equipe multidisciplinar, o pediatra é o profissional responsável pela triagem destes pacientes, verificando se atendem ou não aos critérios de inclusão no Programa. A duração do tratamento é de um ano, independentemente do desfecho.

Os pacientes selecionados são encaminhados para consulta com os demais profissionais que atendem no Programa: um nutricionista, um fisioterapeuta e um psicólogo.

3.3 Participantes do estudo

Os participantes deste estudo são os responsáveis que conheciam o dia a dia das crianças/adolescentes que apresentaram aumento do valor de IMC entre as duas últimas consultas do nutricionista no Ambulatório de Especialidades em Pediatria. Não foram elegíveis para o presente estudo, os responsáveis que desconheciam a rotina do paciente.

Para a composição do grupo estudado, no mês de março de 2015, foi realizado o levantamento do número total de pacientes atendidos pelo nutricionista no Programa, totalizando 173 pacientes. Destes, 86 haviam sido atendidos em apenas uma consulta com este profissional. Outros 71 pacientes apresentaram diminuição do IMC entre as duas últimas consultas e 4 apresentaram manutenção dessa medida. Os 12 pacientes restantes apresentaram aumento do valor do IMC, atendendo, desta maneira, aos critérios de inclusão do estudo.

Optou-se por recrutar estes pacientes por talvez apresentarem maiores dificuldades em colocar em prática as recomendações propostas pelo nutricionista durante as consultas, visto não apresentarem perda de peso. Desta maneira, o questionamento da pesquisadora sobre os fatores de interferência no processo terapêutico poderia talvez ser melhor abordado por este público, indagação esta originada do fato de os pacientes atendidos receberem alta após um ano de acompanhamento independentemente do desfecho clínico.

Após a identificação dos 12 responsáveis participantes do estudo, foi realizado o contato telefônico, para convidá-los a comparecer ao Ambulatório de Especialidades em Pediatria, entre os períodos de consulta com o nutricionista.

Ao chegarem, o responsável pela pesquisa apresentou o projeto, os objetivos e os métodos. Após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (**Apêndice 3**) o referido documento foi assinado e devolvido ao pesquisador. Somente os familiares que aceitaram, preencheram e assinaram o TCLE puderam participar da pesquisa.

3.4 Coleta de dados

A coleta dos dados teve seu início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário São Camilo (CoEP) (**Anexo 2**).

Para obtenção das informações de caracterização sociodemográfica foi utilizado um questionário formulado (**Apêndice 1**) aplicado antes do início da entrevista, considerando as variáveis a seguir.

Dados de interesse que foram obtidos no momento da entrevista dos responsáveis:

- Nome: informado pelo entrevistado.
- Idade: informada pelo próprio entrevistado.
- Sexo: masculino ou feminino.
- Grau de parentesco com o paciente: coletado o dado referido pelo entrevistado, podendo ter ou não alguma relação consanguínea com o paciente, desde que convivesse com o mesmo.
- Profissão: considerada a profissão atual informada pelo entrevistado.
- Peso e estatura: utilizados os dados autorreferidos. Serão utilizados para classificação do estado nutricional do entrevistado, apenas para caracterização da amostra, segundo critérios de classificação de OMS, 1998.
- Escolaridade: o grau de escolaridade foi estratificado em ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, graduação incompleta, graduação completa, pós-graduação incompleta e pós-graduação completa; compreendendo-se por pós-graduação qualquer tipo de estudo após a formação da graduação.

Dados do paciente vinculado ao responsável entrevistado, obtidos do prontuário:

- Nome: usadas as iniciais para não identificação da criança ou adolescente.
- Idade atual: a idade foi calculada no dia da entrevista a partir da obtenção da data de nascimento do prontuário.
- Peso e estatura: utilizados os dados aferidos pelo nutricionista na consulta que antecedeu a entrevista.
- Classificação do estado nutricional pelo IMC: classificado pelas tabelas da OMS (2006/2007). O índice de Peso por Estatura (P/E) foi utilizado para crianças com idade até cinco anos incompletos e o Índice de Massa Corporal por Idade (IMC/I) para crianças acima de cinco anos de idade, conforme preconizado pela OMS (2006/2007).
- Dados antropométricos de nascimento: peso e comprimento ao nascer.

- Aleitamento materno: duração de aleitamento materno exclusivo e de aleitamento materno misto obtidos do prontuário e confirmados no momento da entrevista.

Os dados gerais foram:

- Composição familiar: coletados os dados de nome, idade, profissão e escolaridade de todos os indivíduos que compõem a família e compartilham da mesma casa. O grau de escolaridade está dividido em: ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, graduação incompleta, graduação completa, pós-graduação incompleta e pós-graduação completa. Compreende-se por pós-graduação qualquer tipo de estudo após a formação da graduação.

Para análise descritiva das variáveis quantitativas foram utilizadas medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio-padrão e valores mínimos e máximos) dos participantes do estudo.

Foi utilizado o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) como tratamento dos dados da presente pesquisa qualitativa, obtido por meio do Software QualiQuantiSoft®.

O QualiQuantiSoft® é um programa desenvolvido com base na teoria do DSC concretizado por dois pesquisadores: Fernando Lefèvre e Ana Maria C. Lefèvre, sendo uma ferramenta que facilita a construção de pesquisas por meio de trechos de discursos, resultando em um discurso único, em primeira pessoa do singular, representando um único ser discursando pela coletividade chamado de discurso síntese (LEFÉVRE, LEFÉVRE, 2000). O DSC possui sua base conceitual nas Teorias das Representações Coletivas (TRC) formulada por Emile Durkheim e a Teoria das Representações Sociais (TRS), formulada por Serge Moscovici (SALES; SOUZA; JOHN, 2007).

Este software consiste em analisar os dados empíricos emergidos das entrevistas, extraíndo-se de cada depoimento as Ideias Centrais (revela, descreve e nomeia, da maneira mais sintética e precisa possível, o sentido presente em cada uma das respostas analisadas) ou ancoragens (afirmações genéricas usadas pelos depoentes para representar situações particulares) e suas correspondentes expressões chave (essência do conteúdo do discurso). Por meio delas, compõe-se um ou vários discursos-síntese que são o DSC possibilitando uma ilustração mais sensível da Ideia Central da coletividade (LEFÉVRE et al., 2010; LEFÉVRE; LEFÉVRE, 2006; 2003).

Utilizou-se esta proposta analítica no intuito de extrair os pensamentos e as situações vivenciadas no cotidiano, no que tange a prática do que foi orientado durante as consultas com o nutricionista.

Tanto o questionário quanto a entrevista foram aplicados, pessoalmente, pelo pesquisador principal. Na medida em que se identificou a necessidade de orientação do entrevistado quanto às práticas alimentares, mediante exposição de dúvidas, esta elucidação foi realizada ao término da entrevista.

O questionário foi submetido a um pré-teste com quatro familiares de pacientes que não participaram do estudo. Este processo teve por objetivo a calibração do instrumento pela pesquisadora e pela orientadora e os dados obtidos não foram divulgados, publicados ou utilizados como parte do presente estudo. Como resultado, foram readequadas as questões norteadoras da entrevista.

3.5 Análise

As variáveis qualitativas do estudo serão analisadas por meio do DSC.

Em cada trecho proveniente de cada uma das questões, serão identificados trechos ou transcrições literais que constituem o essencial conteúdo do discurso.

Estes trechos serão categorizados de acordo com a semelhança das ideias centrais, expressão linguística que revela e descreve, de maneira sintética e precisa, o sentido presente do depoimento.

As perguntas foram elaboradas conforme as recomendações de entrevistas qualitativas sendo sensíveis e claras para o entrevistado (POPE; MAYS, 2006).

A entrevista (**Apêndice 2**) possui três questões norteadoras. A primeira: ***“Você acha que a criança/adolescente consegue colocar em prática no seu dia-a-dia tudo o que o nutricionista recomenda na consulta? Por que?”***. A questão foi elaborada com o intuito de conhecer os fatores que, por ventura, pudessem influenciar nas escolhas alimentares e nas mudanças propostas pelos profissionais de saúde na rotina do paciente, mais especificamente o nutricionista, na visão do entrevistado.

Para conhecimento das dificuldades ou facilidades já identificadas pelos responsáveis no dia-a-dia e fatores associados foi proposta a seguinte questão norteadora: ***“Na sua opinião, o que ele(a) acha mais fácil e o que ele(a) acha mais difícil? Por que?”***.

Como terceiro e último questionamento: **“Você acha que tudo o que o nutricionista fala na consulta, em relação à alimentação da criança/adolescente que você acompanha, é verdade? Por que?”**. Esta questão norteadora veio de encontro à indagação originada durante as consultas com os pais e responsáveis dos pacientes em tratamento. Os profissionais de saúde podem possuir, de maneira muito clara, as condutas à serem tomadas, baseadas em evidências, para cada caso específico. Contudo, os indivíduos atendidos em consulta não possuem, na maioria das vezes, acesso à literatura dependendo, portanto, apenas de sua compreensão e credibilidade nas recomendações fornecidas pelos profissionais que os atendem, podendo ser fatores determinantes de uma não adesão ao tratamento proposto, caso a confiança nas informações apresentassem frágeis.

Para evitar qualquer tipo de constrangimento por parte dos entrevistados, o pesquisador principal, antes de iniciar as questões, declara: *“Obrigada por aceitar participar desta entrevista! Este estudo foi elaborado para entender melhor sua opinião sobre os fatores que podem interferir na adesão ao tratamento dietoterápico recebido pelo paciente. Caso você não entenda a pergunta, por favor, fique a vontade de me questionar, até sua total compreensão. Não existem respostas corretas ou incorretas. A sua opinião é a resposta certa. Todas as informações prestadas por você serão sigilosas, não havendo divulgação do seu nome ou do nome do paciente. Não se sinta constrangido ao responder as perguntas relacionadas ao atendimento do nutricionista - responda-as com sinceridade - pois aqui sou apenas a entrevistadora”*.

4. ASPECTOS ÉTICOS

No desenvolvimento desta pesquisa foram considerados os princípios éticos fundamentais que norteiam estudos envolvendo seres humanos, descritos e estabelecidos pela Resolução nº 466/12.

O presente trabalho foi encaminhado à Comissão de Ética do Centro Universitário São Camilo e aprovado para fins de pesquisa pelo **Parecer nº 995.314, em 11/03/2015 (Anexo 2)**.

Os participantes manifestaram sua anuência à participação na pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**Apêndice 3**). Somente participaram do estudo os responsáveis que, após a leitura, entenderam e aceitaram os objetivos e os procedimentos da pesquisa, descritos no termo, sendo garantido o direito de desistirem da pesquisa a qualquer momento, sem sofrerem constrangimentos. A participação no estudo será confidencial e os resultados serão arquivados e utilizados apenas para fins de publicação científica. Os participantes também estão cientes de que não será fornecida nenhuma forma de pagamento decorrente da participação na pesquisa.

Esta pesquisa não oferece riscos à saúde, assim como nenhum dano moral ou ético aos participantes.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização sociodemográfica

Dos 12 responsáveis dos pacientes selecionados para participarem do estudo, houve perda de três participantes por causas diversas: desistência do programa, impossibilidade de comparecer devido gestação materna com falta de outro responsável para acompanhar a criança na consulta e por recusa em participar da entrevista devido instabilidade emocional da mãe, por problemas comportamentais do filho. Em estudo descritivo realizado por Nogueira e Zambon (2013), com 41 crianças e adolescentes obesos, os principais motivos de desistência encontrados foram recusa do paciente em realizar o tratamento (29,3%), elevado tempo gasto com consultas com a não adaptação aos horários de compromissos dos pais (29,3%), insatisfação com o resultado (17,0%), acompanhamento em outro serviço (12,2%), dificuldade em agendar retorno (7,3%), e demora no atendimento (4,9%), não sendo, portanto, coincidentes com o encontrado nesta pesquisa.

5.1.1 Caracterização dos entrevistados

Dos nove entrevistados, 67% eram mães e 33% eram pais dos pacientes, mostrando, portanto, a maior presença materna na vida cotidiana da família (SANTOS et. al., 2015), evidenciando um remodelamento familiar conforme as transformações da sociedade (SOUZA, 2012; FINELLI, 2015).

Por este lado, a conscientização da mãe sobre o estado nutricional de seu filho torna-se necessária já que a falta desta percepção do excesso de peso pode representar um obstáculo no processo de prevenção, diagnóstico e tratamento da obesidade na infância conforme descrito no estudo transversal com mais de 1700 crianças e adolescentes obesos, em Salvador, realizado por Boa-Sorte et al. (2007).

Os entrevistados apresentaram baixa escolaridade, predominando o ensino fundamental incompleto (45%), seguido do ensino médio completo (22%) e do ensino fundamental completo, ensino médio incompleto e graduação completa, nos mesmos valores (11%).

A importância da educação, principalmente materna, é evidenciada pela maior ocorrência de obesidade em crianças cujas mães possuem menor grau de

escolaridade, sendo a maior escolaridade materna um fator de proteção contra a obesidade dos filhos (GIUGLIANO; CARNEIRO, 2004).

As idades dos entrevistados variaram de 28 a 65 anos, sendo a média (desvio padrão - DP) de 41,5 anos (10,4 anos).

As médias (DP) de peso e estatura foram de 72,8kg (11,5kg) e 1,64m (0,08m), classificando-se o estado nutricional pelo IMC, desde eutrofia ($21,2 \text{ kg/m}^2$) até obesidade ($31,8 \text{ kg/m}^2$), sendo a média (DP) e mediana de IMC classificadas como sobrepeso em adultos, segundo WHO (1998), com valores de $27,1 \text{ kg/m}^2$ ($3,4 \text{ kg/m}^2$) e $27,4 \text{ kg/m}^2$, respectivamente.

Dados semelhantes foram observados no estudo transversal de Fernandes et al. (2008), que constataram que o excesso de peso dos pais constituiu um importante fator para predisposição de desenvolvimento de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes. O excesso de peso, principalmente materno, possui forte associação com o excesso de peso dos filhos (D'ÁVILA et al., 2015).

Quanto às profissões exercidas pelos entrevistados, quase metade (45%) declarou ser “do lar”, todas mulheres, e os demais, em sua maioria, ocupavam cargos que normalmente apresentam salários reduzidos como balconista, costureiro e ajudante de gesso (11% cada). Dois entrevistados, uma mãe e um pai, declararam ser arquiteta e aposentado, respectivamente.

Apesar de ressalvas, a teoria do capital humano – que relaciona os impactos da educação nas práticas produtivas em um sistema capitalista - e as características da empregabilidade relacionadas à escolaridade, leva à valorização dos estudos frente à facilidade de inserção, escolhas e renda que a escolaridade proporciona a estes indivíduos no mercado de trabalho (BALASSIANO et al., 2005).

Seis crianças e adolescentes, dos nove responsáveis entrevistados, possuíam irmãos; destes, um possuía dois irmãos e um possuía três irmãos sob o mesmo teto e o restante deste percentual, com apenas um irmão. Vale ressaltar que um dos pacientes, apesar de não ter irmãos moradores da mesma residência possuíam irmãos mais velhos, fruto de relacionamento anterior da mãe, que já moravam sozinhos, realizando apenas visitas semanais no lar do atual núcleo familiar.

Apesar de os pacientes, cujos responsáveis participaram do estudo, não possuírem muitos irmãos e familiares na mesma casa, a maioria residia no mesmo terreno ou bem próximo à moradia de parentes ou de outros núcleos familiares, o que pode ser considerado como uma possível vertente de influência de vida e

alimentar destas crianças, visto a influência que o ambiente físico e social impõe sobre as famílias e, conseqüentemente, sobre as crianças, de uma maneira geral (SKELTON, 2012).

5.1.2 Caracterização dos pacientes

A idade das nove crianças e adolescentes atendidos no Ambulatório de Especialidades Pediátricas, filhos dos participantes da pesquisa, variou de 4 a 16 anos sendo a média (DP) de 9,5 anos (3,8 anos) e os valores de IMC com classificação de obesidade segundo WHO 2006 e 2007 e crescente entre as duas últimas consultas.

Como, normalmente, a representatividade estatística não é buscada na pesquisa qualitativa (POPE, 2006), foi escolhido o IMC como parâmetro para seleção das crianças e adolescentes que participariam da entrevista, resultando em um pequeno número de participantes. O IMC é um método prático, simples, não invasivo, com critérios inteligíveis, reprodutíveis e confiáveis, com alta sensibilidade e especificidade, a um baixo custo (FERNANDES et al., 2006; PELEGRINI, 2015). Medidas de dobras e circunferências, na avaliação de adiposidade, demonstram-se menos reprodutíveis e exames como bioimpedância, ultrassonografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética e densitometria para verificação de gordura, possuem alto custo (CALLIARI; KOCHI, 2010).

O peso médio de nascimento (DP) foi de 3,8kg (0,66 kg) e o comprimento médio de nascimento (DP) foi de 48,9 cm (2,25 cm). Em uma revisão sistemática de Martins e Carvalho (2006), apesar da heterogeneidade dos resultados dos 20 estudos abordados, foi possível identificar associação positiva entre o peso de nascimento e a obesidade da criança ao longo de sua primeira infância, contudo, a inconsistência de alguns outros fatores relacionados à obesidade infantil e até mesmo ao próprio peso de nascimento sugere novas pesquisas que envolvam outros fatores associados ao contexto da obesidade infantil para um melhor esclarecimento no assunto, neste caso, não sendo associado o peso de nascimento à presença da obesidade de crianças e adolescentes.

O tempo médio de aleitamento materno exclusivo dos pacientes, referido pelos entrevistados, foi de cinco meses e meio sendo o menor de apenas um dia e o maior de seis meses (45% dos pacientes). No aleitamento misto, a mediana foi de um ano

e oito meses, valor maior que o encontrado no estudo de Damasceno et al. (2009), que foi de 180 dias, porém, não atingindo o tempo médio recomendado de dois anos ou mais (SBP, 2012).

O período de aleitamento materno do presente estudo, poderia intrigar sobre a presença da obesidade mesmo diante do benefício do aleitamento materno e seu fator protetor, contudo, duas hipóteses são possíveis: informação pouco exata dos responsáveis sobre o tempo de aleitamento, tendo em vista sua dependência da memória ou a outra hipótese seria a já relatada pelos estudos de Balaban (2005) onde os fatores genéticos e outros fatores ambientais possivelmente apresentaram uma maior influência sobre o surgimento e manutenção de excesso de peso do que a proteção proporcionada pelo aleitamento materno isolado.

O levantamento realizado por Masquio et al. (2014) mostrou que o aleitamento materno provavelmente reduz a prevalência de obesidade infantil e outras doenças associadas tendo como possível mecanismo o efeito protetor dos hormônios presentes no leite materno, a adequação nutricional e de saciedade realizada pelo próprio bebê e a promoção de uma adequada colonização intestinal.

5.2 Evolução multiprofissional

Em todas as evoluções dos pediatras em prontuário, foram registrados o não cumprimento das recomendações realizadas por estes profissionais pelos pacientes. Além disso, foram relatadas, também, faltas às consultas, mudança de residência e de escola, ausência de colaboração familiar, dentre outros.

Nessa temática, a família e a escola constituem os dois principais ambientes de vida do público infantil, inserindo-o na sociedade e atribuindo-lhe segurança e desenvolvimento humano integral (DESSEN; POLONIA, 2007). A fidelização destes ambientes, evitando-se mudanças constantes tanto de residências quanto de escolas, talvez pudesse favorecer maior apoio emocional, contudo, fatores externos muitas vezes independem da vontade dos responsáveis, sendo uma consequência não modificável, principalmente pelo profissional de saúde.

Ainda na evolução médica, com relação aos exames bioquímicos, foram constatados alguns resultados alterados, como elevadas taxas de colesterol, triglicérides e insulina, corroborando com o levantamento realizado por Moreira et al. (2014) que também apontou diversas alterações de saúde no público obeso infantil

sendo citados: síndrome metabólica, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2 e dislipidemias, desde tenra idade.

Pinheiro et al. (2004) relata os prejuízos das populações e os agravos no âmbito da saúde pública decorrentes da obesidade, salientando o importante papel das políticas públicas e dos profissionais de saúde no tratamento e prevenção do aumento de peso na sociedade atual.

Por meio de informação do Serviço de Psicologia do Ambulatório de Especialidades em Pediatria, foram relatadas dificuldades de relacionamento entre os pacientes e outros membros da família, ajustes pertinentes à fase da adolescência e dificuldades em lidar com suas próprias emoções.

Pelo fato de a infância ser o período em que os hábitos alimentares e de vida estão sendo formados, esta é uma época em que a intervenção apresenta maiores chances de sucesso, se implementadas de forma adequada. Os programas multiprofissionais devem almejar hábitos de vida e alimentares adequados, não possuindo como foco apenas a perda de peso e incluindo as crianças, adolescentes, familiares e escola neste processo (CINELLI, 2016).

Vega et al. (2015) associaram diversos fatores à maior probabilidade de excesso de peso em pré-escolares brasileiros como questões socioeconômicas, residência em zonas urbanas e filhos de mães que assistiam mais frequentemente televisão. Estes dados mostram que existem diversos fatores que podem estar relacionados ao excesso ou desequilíbrio alimentares, já que os indivíduos possuem complexas características e situações com as quais devem saber lidar no dia-a-dia, não podendo ser encaradas de maneira simplória.

Relacionado à atividade física, dos nove pacientes, cinco encontravam-se engajados em algum tipo de atividade física regular de no mínimo duas vezes por semana, extra à educação física pertencente à grade curricular do ensino fundamental. Dos quatro restantes, dois apresentavam pais colaborativos que estimulavam a atividade física por meio de brincadeiras diversas durante seu tempo disponível, um nunca compareceu à consulta com o fisioterapeuta e um não possuía colaboração familiar ou incentivos, mantendo-se completamente sedentário ao longo do tratamento. Nestas circunstâncias, a única oportunidade de atividade no qual o paciente estava inserido era a aula de educação física da grade curricular escolar, confirmando a importância desta disciplina na prevenção ou como aliada no tratamento da obesidade (ARAUJO et al., 2010).

De acordo com Neves et al. (2010), a prática de atividade física regular é uma grande aliada no tratamento da obesidade infantil, devendo ser incorporada desde cedo à rotina da criança, envolvendo inclusive a família, melhorando a qualidade de vida na infância, pois favorece a aptidão física, aumenta a socialização, previne doenças, eleva autoestima e confiança e leva a uma escolha por alimentos mais saudáveis e menos calóricos.

Entretanto, para a realização de diversas modalidades de atividade física sem custos, seria recomendado o uso de espaços públicos o que, atualmente tem se tornado difícil visto a crescente violência que ronda principalmente as cidades grandes. Faz-se necessário o desenvolvimento de ações relativas a quantidade e qualidade destes espaços públicos disponível para os cidadãos, melhorando sua qualidade de vida (MARTINS, 2013).

O tratamento da obesidade infantil torna-se mais eficaz com a presença e a inter-relação de alguns profissionais de saúde, sendo atribuídas algumas funções vitais a cada um deles durante este processo (PIMENTA; PEREIRA, 2014).

5.3 Análise de conteúdo

Por meio dos dados resultantes da análise pelo Software QualiQuantiSoft®, das nove entrevistas, foram identificadas 33 Expressões Chaves (ECH), com 10 Ideias Centrais (IC), com seus relativos Discursos do Sujeito Coletivo (DSC).

Na figura 1 verifica-se que 44,44% dos entrevistados consideram que a criança/adolescente não consegue colocar em prática, em sua rotina, as recomendações feitas pelo nutricionista durante a consulta e 55,56% consideram que esta prática depende de alguns fatores referidos.

Figura 1 – Ideias Centrais (IC) referentes à visão dos responsáveis quanto à prática das recomendações do nutricionista no dia-a-dia de crianças e adolescentes atendidos em um Ambulatório de Especialidades em Pediatria. São Paulo, 2016.

QUALIQUANTISOFT® - RESULTADOS QUANTITATIVOS - IDÉIA CENTRAL

ADESÃO AO TRATAMENTO DIETOTERÁPICO POR CRIANÇAS E ADOLESCENTES OBESO

1) Você acha que a criança/adolescente consegue colocar em prática no seu dia-a-dia tudo o que o nutricionista recomenda na consulta? Por que?		
A	Não consegue.	4 44,44 %
B	Depende.	5 55,56 %
TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA		9



No quadro 1 estão descritas as IC originadas das declarações dos entrevistados e seus respectivos DSC. A questão norteadora resultou em dois discursos-síntese como detalhado a seguir.

Quadro 1 – Ideias Centrais e Discursos do Sujeito Coletivo dos responsáveis por crianças e adolescentes com obesidade atendidos em um Ambulatório de Especialidades em Pediatria de um hospital particular da Cidade de São Paulo, em resposta à questão norteadora: “*Você acha que a criança/adolescente consegue colocar em prática no seu dia-a-dia tudo que o nutricionista recomenda na consulta?*”, 2016.

Ideia Central (A)	Discurso do Sujeito Coletivo (A)
Não Consegue.	<i>Não consegue colocar tudo em prática porque falta esforço e o irmão mais velho não colabora, comprando porcarias. Não quer se esforçar para tentar comer melhor. Por outro lado, há a variação de horário da escola que impossibilita seguir as recomendações da nutricionista. Está mal acostumado, sai da creche jantado, chega em casa e quer jantar novamente. Quando eles tem autonomia, o controle do que se come na rua nós não conseguimos ter.</i>
Ideia Central (B)	Discurso do Sujeito Coletivo (B)
Depende.	<i>Nem tudo, nem todos os dias porque desconta a ansiedade e o desespero na comida. O problema não é o que come, mas a quantidade. Eu sair para trabalhar fora e adoecer aumentaram sua ansiedade. As avós materna e paterna não ajudam, liberam tudo e toda hora belisca alguma coisa. Então só consegue se pegar muito no pé; em casa eu controlo, mas, na escola, troca os lanches e come bolacha recheada que a amiga dá.</i>

Tanto a IC “Não Consegue” quanto a “Depende” citaram familiares como fatores impeditivos de os pacientes seguirem as recomendações nutricionais, como: “(...) o irmão mais velho não colabora, comprando porcarias” e “As avós materna e paterna não ajudam, liberam tudo (...)” sugerindo que um dos fatores da perpetuação da obesidade possa estar na não colaboração familiar e a uma conjectura familiar propícia, envolvendo aspectos vinculados ao sedentarismo, hiperfagia, padrões culturais prejudiciais, dentre outros (ARAÚJO et al., 2006).

Entretanto, o papel da família pode ser positivo, caso haja uma adequada conscientização e parceria familiar para a otimização do processo terapêutico da obesidade infantil (SANTOS, 2015).

O estudo de Kitzman-Ulrich et al. (2009) mostrou que um grupo de adolescentes obesos que recebeu terapia familiar conjunta apresentou melhor resultado que um grupo controle ou um grupo que recebeu apenas terapia psicológica isolada, demonstrando a relevância do envolvimento familiar no processo de adesão ao tratamento.

O relato dos responsáveis nesta questão também aborda a temática de comportamentos e hábitos alimentares errôneos propondo, como pano de fundo, o quanto são difíceis de serem modificados. Segundo Dâmaso et al. (2014) os hábitos alimentares inadequados muitas vezes não são identificados por já fazerem parte da rotina do indivíduo, além da crença de que são necessárias grandes mudanças ao invés de pequenas e gradativas em seu dia-a-dia.

A vivência da criança no ambiente familiar tem importante influência no tratamento. Ela é o produto da reflexão pessoal sobre a experiência e, ainda que diversos indivíduos passem por uma mesma experiência, cada um terá uma visão diferente do mesmo acontecimento, influenciado por sua personalidade, biografia e papel na história (MINAYO, 2012).

Neste sentido, todos os esforços em mudar os hábitos de uma criança tornam-se ingênuos se aplicadas apenas medidas pontuais, levando-se em consideração que a situação indesejada foi gerada por diversos e complexos fatores internos e externos, interdependentes, em um contexto muito mais amplo e cumulativo ao longo do seu tempo de vida. Conquanto, os pais são agentes imprescindíveis para qualquer mudança comportamental, já que exercem grande poder de mudança ou estagnação sobre a vida de seus filhos (SILVA, 2008).

Uma das estratégias sugeridas seria a educação nutricional como tratamento da obesidade nos diversos ambientes frequentados pelas crianças, adolescentes e familiares, como forma de prevenção, tendo em vista que um menor conhecimento sobre nutrição leva a uma menor prática de alimentação saudável e demonstra um risco cinco vezes maior de a criança ser obesa (TRICHESA; GIUGLIANIB, 2005).

Segundo Barbosa et al. (2013) é importante que a educação nutricional faça parte do projeto pedagógico das escolas, promovendo atividades que ampliem a visão sobre alimentação, dentro e fora da sala de aula, não somente de alunos mas de educadores, familiares, cozinheiros, coordenadores e pais visto que estes se apresentam, muitas vezes, defasados em assuntos relacionados à nutrição. Por meio da educação nutricional seriam fortalecidos aspectos como escolhas alimentares saudáveis, olhar crítico à mídia, minimização de influências, enfim, atribuição de autonomia ao que tange sua alimentação.

A obesidade pode partilhar das mesmas dificuldades de outras doenças assintomáticas como a hipertensão, cujas maiores barreiras são financeiras, falta de

motivação pela falta de sintoma da doença, tratamento indesejado e perpetuação do tratamento ao longo da vida (GUSMÃO; JÚNIOR, 2006).

O exposto no DSC-A: *“Não consegue colocar tudo em prática porque falta esforço (...) Não quer se esforçar para tentar comer melhor”*, denota uma certa atribuição de responsabilidade exclusiva ao paciente, esquecendo-se ou não tendo conhecimento sobre todos os outros aspectos envolvidos na perpetuação da obesidade, conforme discutido por Xu e Xue (2016), como os fatores ambientais, comportamentais, genéticos e familiares.

Já a percepção emergida do DSC-B evidencia que seguir as recomendações nutricionais, por vezes, depende de alguns fatores como os emocionais, saída da mãe para o mercado de trabalho, enfrentamento de doenças na família, colaboração familiar e de instituições externas à família, como o ambiente escolar.

Ao contrário da ideia de que apenas uma ingestão calórica elevada colaboraria com o quadro da obesidade, o estudo de Pereira et al. (2013) constatou que com um mínimo excedente de 70 a 160 Kcal na ingestão calórica diária já são suficientes para contribuir com o ganho de peso de crianças em idade escolar, o que enfatiza a importância de cuidados detalhados na vida alimentar deste público infantil. No caso, o relato *“O problema não é o que come, mas a quantidade”* apresentaria grande importância neste contexto.

Em uma revisão sistemática de Andrade et al. (2015), acerca de intervenções escolares para redução de obesidade infantil constatou-se, nos 16 artigos selecionados, que a melhor maneira de controlar a obesidade infantil é a intervenção primária, focada na prevenção por meio de programas educativos que envolvam o ambiente escolar e os familiares dos alunos. Desta maneira, possivelmente reduzir-se-iam relatos como *“(...) mas, na escola, troca os lanches e come bolacha recheada que a amiga dá”*.

Com relação ao aspecto emocional, Andrade et al. (2014) relataram associação entre obesidade e alguns fatores familiares como pais superprotetores, mães excessivamente ligadas aos filhos, rejeição materna com carência de afeto, imaturidade emocional, vício paterno de álcool ou drogas, violência e maus-tratos.

O ato de comer nestas crianças e adolescentes, muitas vezes, tornam-se uma forma de enfrentamento contra as emoções exacerbadas em momentos de estresse (CRUZ et al., 2015). O emocional das crianças e adolescentes pode ser prejudicado por toda psicodinâmica familiar perturbada e dificuldades alimentares que levam a

fatores ligados à obesidade como angústia, voracidade, sedentarismo, dificuldades escolares, isolamento, agressividade, discriminação social, baixa autoestima e exageros alimentares, agravando o quadro da obesidade.

Quanto ao fator emocional envolvido com o retorno da mãe para o mercado de trabalho conforme relato: *“Eu sair para trabalhar fora e adoecer aumentaram sua ansiedade”*, Lelis et al. (2012) afirmam que fatores como tipo de trabalho remunerado, nível salarial, nível educacional, estrutura familiar e preferências pessoais e familiares exercem maior influência sobre os hábitos alimentares do que propriamente a saída da mulher para o mercado de trabalho isoladamente. Outros fatores, também emocionais, poderiam estar envolvidos em todo o dilema da mãe inserida no mercado de trabalho pela população estudada e a não habilidade em saber lidar com estas emoções também poderia ser uma vertente, não podendo ser menosprezada.

O DSC-A também cita a autonomia como algo que pode interferir no tratamento dietoterápico como afirmado: *“Quando eles tem autonomia, o controle do que se come na rua nós não conseguimos ter!”* Neste aspecto, Rodrigues e Boog (2006) reforçam que o tratamento do adolescente obeso, com relação à educação nutricional, requer longo período de aconselhamento para que as informações sejam consolidadas. Além disso, os profissionais que o assistem devem ter conhecimento sobre os determinantes sociais que podem interferir sobre o comportamento alimentar deste adolescente para uma intervenção mais efetiva e focada. Estando o adolescente bem orientado quanto às melhores escolhas alimentares, a autonomia não será mais considerada fator de impedimento nas boas práticas alimentares, mas sim, como fator adjuvante ao tratamento, sendo o adolescente dependente de suas próprias escolhas.

No tocante à família, cabe-lhe o importante papel de acolher e acompanhar esta criança ou adolescente em suas escolhas alimentares, oferecer suporte e ajudar a proteger a autoestima de seus filhos, além de proporcionar-lhe um ambiente seguro e motivador, otimizando o tratamento (VICTORINO et al., 2014).

A questão norteadora *“Na sua opinião, o que ele (a) acha mais fácil e o que ele (a) acha mais difícil?”* necessitou do desmembramento em duas questões, no momento do tratamento de dados pelo Software QualiQuantiSoft®, por tratar-se de características opostas e ideias centrais de essências diferentes sendo a primeira:

“Na sua opinião, o que ele (a) acha mais fácil?” e a segunda: “Na sua opinião, o que ele (a) acha mais difícil?”.

Na figura 2 estão representadas as IC referentes aos itens mais fáceis de terem sido colocados em prática no dia-a-dia dos pacientes. Dos responsáveis que responderam a questão, metade referiu que a introdução de novos alimentos foi o item mais fácil, enquanto que 33% consideraram serem as orientações nutricionais e apenas um referiu ser a adequação na quantidade de alimentos o item mais fácil de ser executado. Dos nove entrevistados, três referiram não haver nenhuma recomendação que tenha sido fácil de ser colocada em prática.

Figura 2 – Ideias Centrais (IC) referentes à visão dos responsáveis quanto às recomendações do nutricionista mais fáceis de terem sido colocadas em prática no dia-a-dia de crianças e adolescentes atendidos em um Ambulatório de Especialidades em Pediatria. São Paulo, 2016.

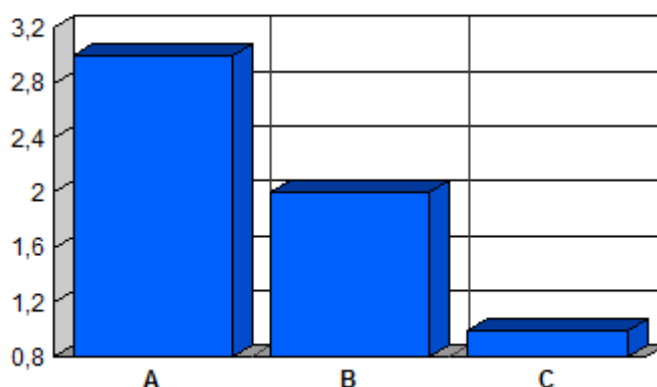
QUALIQUANTISOFT® - RESULTADOS QUANTITATIVOS - IDÉIA CENTRAL

ADESÃO AO TRATAMENTO DIETOTERÁPICO POR CRIANÇAS E ADOLESCENTES OBESO

2) Na sua opinião, o que ele(a) acha mais fácil? Por que?

A	Introdução de novos alimentos.	3	50,00 %
B	Orientações nutricionais.	2	33,33 %
C	Quantidade de alimentos.	1	16,67 %

TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA 6



No quadro 2, encontram-se as IC identificadas na entrevista e seus respectivos DSC. Segundo os responsáveis dos DSC B e C, os itens recomendados que apresentaram maior adesão por parte dos pacientes foram a introdução de novos alimentos, a quantidade de alimentos e as orientações nutricionais em geral como

exemplo opções de lanches escolares, mastigação e diminuição de ingestão excessiva de líquidos durante as principais refeições.

Quadro 2 – Ideias Centrais e Discursos do Sujeito Coletivo dos responsáveis por crianças e adolescentes com obesidade atendidos em um Ambulatório de Especialidades Pediátricas de um hospital particular da Cidade de São Paulo, em resposta à questão norteadora: *“Na sua opinião, o que ele (a) acha mais fácil?”*, 2016.

Ideia Central (A)	Discurso do Sujeito Coletivo (A)
Introdução de novos alimentos.	<i>O que foi mais fácil foram legumes e salada. Comer verduras e legumes, que antigamente não comia, foi fácil de se adaptar, agora come bastante, adora salada! Foi fácil pra introduzir produtos zero e sem gordura, aceitou bem.</i>
Ideia Central (B)	Discurso do Sujeito Coletivo (B)
Orientações nutricionais.	<i>As orientações que ela me deu para fazer o lanche da escola, foram legais. A questão da mastigação e não beber líquidos durante a comida também foi bem.</i>
Ideia Central (C)	Discurso do Sujeito Coletivo (C)
Quantidade de alimentos.	<i>A gente consegue disfarçar a quantidade pois eu mesmo não compro mais todos os dias salgado e suco.</i>

A transcrição dos depoimentos, em resposta a esta questão norteadora resultou na formação de três discursos-sínteses. O DSC-A, sobre a facilidade na introdução de novos alimentos: *“O que foi mais fácil foram legumes e salada. Comer verduras e legumes, que antigamente não comia, foi fácil de se adaptar, agora come bastante, adora salada! Foi fácil pra introduzir produtos zero e sem gordura, aceitou bem!”* e o DSC-B sobre as orientações: *“As orientações que ela me deu para fazer o lanche da escola, foram legais. A questão da mastigação e não beber líquidos durante a comida também foi bem”*. Já o terceiro discurso refere-se à quantidade de alimentos, resultando no depoimento: *“A gente consegue disfarçar a quantidade, pois eu mesmo não compro mais todos os dias salgado e suco”*.

As ideias centrais resultantes das respostas sobre as recomendações mais difíceis de serem colocadas em prática estão descritas na Figura 3. Mais da metade dos entrevistados (55,56%) relatou que a orientação de maior dificuldade a ser colocada em prática foi a introdução de novos alimentos como legumes, verduras, frutas e produtos integrais e 22,22% referiram que a adequação na quantidade foi o item de maior dificuldade para a prática das crianças/adolescentes.

Figura 3 – Ideias Centrais (IC) referentes à visão dos responsáveis quanto às recomendações do nutricionista mais difíceis de terem sido colocadas em prática no dia-a-dia de crianças e adolescentes atendidos em um Ambulatório de Especialidades em Pediatria. São Paulo, 2016.

QUALIQUANTISOFT® - RESULTADOS QUANTITATIVOS - IDÉIA CENTRAL

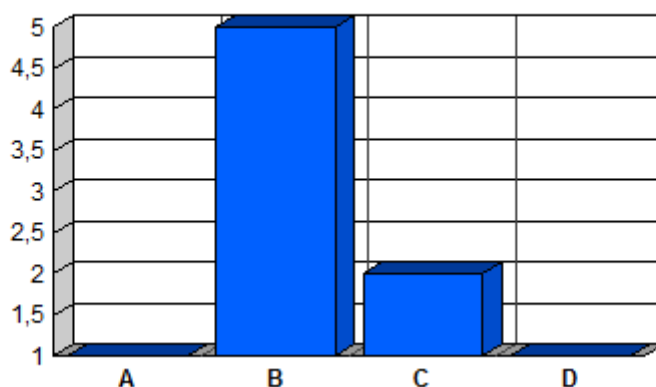
ADESÃO AO TRATAMENTO DIETOTERÁPICO POR CRIANÇAS E ADOLESCENTES OBESO

3) Na sua opinião, o que ele(a) acha mais difícil? Por que?

A	Evitar guloseimas.	1	11,11 %
B	Introdução de novos alimentos	5	55,56 %
C	Adequação de quantidade.	2	22,22 %
D	Recomendações nutricionais.	1	11,11 %

TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA

9



Estão descritos no quadro 3 as quatro IC e seus respectivos DSC resultantes do tratamento das transcrições dos depoimentos relacionados à questão norteadora sobre os itens de maior dificuldade em serem seguidos.

Quadro 3 – Ideias Centrais e Discursos do Sujeito Coletivo dos responsáveis por crianças e adolescentes com obesidade atendidos em um Ambulatório de Especialidades Pediátricas de um hospital particular da Cidade de São Paulo, em resposta à questão norteadora: “*Na sua opinião, o que ele(a) acha mais difícil?*”, 2016.

Ideia Central (A)	Discurso do Sujeito Coletivo (A)
Evitar Guloseimas.	<i>É difícil deixar de comer besteiras como doces, balas e chocolate.</i>
Ideia Central (B)	Discurso do Sujeito Coletivo (B)
Introdução de novos alimentos.	<i>Inserir certos alimentos está muito complicado, como os vegetais, por exemplo. É difícil enfrentar os legumes pois experimentar, até experimenta, mas fala que não gostou. As verduras também não existe, é difícil mesmo, só come tomate e alface. Pão integral não aceita de nenhum tipo! Não aceita as frutas, o máximo de frutas que come é banana e maçã, de vez em quando.</i>
Ideia Central (C)	Discurso do Sujeito Coletivo (C)
Adequação de quantidade.	<i>O mais difícil é diminuir a quantidade pois como come duas vezes, foi orientado colocar pouca quantidade no prato, mas pede para repetir e, às vezes, pede uma terceira porção. O que a nutricionista fala que não pode, que vai contra as recomendações, é o que quer comer e come tudo o que tem!</i>
Ideia Central (D)	Discurso do Sujeito Coletivo (D)
Recomendações nutricionais.	<i>O que está tendo dificuldade é fracionar, comer de 3 em 3 horas.</i>

A transcrição dos depoimentos, em resposta a referida questão norteadora, resultou na formação dos quatro discursos-sínteses.

O DSC-A, quanto à dificuldade de evitar a ingestão de guloseimas: “*É difícil deixar de comer besteiras como doces, balas e chocolate*”, confirma o verificado em estudo transversal realizado por Sparrenberger et al. (2015) com mais de 200 crianças, de dois a 10 anos de idade, na região Sul do Brasil, onde a contribuição dos ultraprocessados foi expressiva na alimentação das crianças, fazendo parte de seu cotidiano.

Por vezes, os maus hábitos alimentares como o consumo de guloseimas e o comer excessivo pode ser induzido pela própria mídia, pelo hábito de assistir a televisão em excesso, pelas mudanças qualitativas da dieta decorrentes das mudanças nos estilos de vida (WANDERLEY; FERREIRA, 2010).

O DSC-B, sobre a dificuldade na introdução de novos alimentos: *“Inserir certos alimentos está muito complicado, como os vegetais, por exemplo. É difícil enfrentar os legumes, pois experimentar, até experimenta, mas fala que não gostou. As verduras, também, não existe, é difícil mesmo; só come tomate e alface. Pão integral não aceita de nenhum tipo! Não aceita as frutas, o máximo de frutas que come é banana e maçã, de vez em quando”*.

Pela prática clínica e percepção da pesquisadora, a dificuldade na introdução de frutas, verduras e legumes foi atribuída mais à recusa dos pacientes em experimentar estes itens do que à sua dificuldade de acesso, apesar da insegurança alimentar que poderia estar presente nesta população mais carente, como descrito por Rocha et al. (2015), onde a falta de recursos pode dificultar o acesso a estes tipos de alimentos, expondo as crianças à certas doenças, como a obesidade.

A introdução de novos alimentos como frutas, verduras e legumes foi citada tanto como a recomendação mais fácil quanto a mais difícil de ser colocada em prática, todavia, averiguou-se que nenhum dos entrevistados relatou ambas as situações, não representando contradições. Isto mostra a peculiaridade de cada indivíduo e a impossibilidade de tratar os pacientes obesos, principalmente de faixa etária pediátrica, de forma homogeneizada e com mesma conduta dietoterápica.

Um dos itens propostos no Plano de Enfrentamento de DCNT 2011 – 2022 do Ministério da Saúde foi o lançamento, em 2015, do Guia de Alimentos Regionais tendo por objetivo valorizar estes alimentos, divulgar à população os alimentos característicos das regiões, facilitando o acesso e reduzindo custos, incentivando, desta maneira, um maior consumo de frutas, verduras e legumes pela população (BRASIL, 2015). Ademais, o acesso e compreensão deste material pela população, intermediado pelo governo, torna-se de extrema importância para maximizar os benefícios e abrangência desta ação.

O DSC-C, com relação à adequação na quantidade dos alimentos e o DSC-D com relação à dificuldade em colocar em prática as recomendações nutricionais de maneira geral vão de encontro ao relatado pelo Guia Alimentar para a População Brasileira, quando a população tende a comer além do necessário quando são expostas a grandes quantidades de alimentos. Neste caso, a tentativa de seguir a orientação é pertinente tendo em vista que, para evitar excessos alimentares, o ideal é servir-se apenas uma vez ou, pelo menos, aguardar alguns minutos para servir-se pela segunda vez, já que a segunda porção, normalmente, excede às necessidades

nutricionais. Além disso, um ambiente tranquilo, limpo e confortável propicia a alimentação de maneira mais adequada (BRASIL, 2014).

Por meio do tratamento dos dados das respostas à pergunta norteadora que abordava a veracidade, na opinião do entrevistado, das recomendações realizadas pelo nutricionista durante as consultas, obteve-se apenas uma única categorização de IC (100%), referido como verdadeiro, conforme demonstrado na figura 4.

Figura 4 – Ideias Centrais (IC) referentes à visão dos responsáveis quanto à veracidade das recomendações do nutricionista realizadas durante as consultas em um Ambulatório de Especialidades em Pediatria. São Paulo, 2016.

QUALIQUANTISOFT® - RESULTADOS QUANTITATIVOS - IDÉIA CENTRAL

ADESÃO AO TRATAMENTO DIETOTERÁPICO POR CRIANÇAS E ADOLESCENTES OBESO

4) Você acha que tudo o que o nutricionista fala na consulta, em relação à alimentação da criança/adolescente que você acompanha, é verdade? Por que?

A É verdadeiro.	9 100,00 %
-----------------	------------

TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA

9



No Quadro 4 estão descritas a IC e o DSC resultantes das respostas à última questão norteadora relacionada à visão dos responsáveis quanto às recomendações da nutricionista durante as consultas.

Quadro 4 – Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo dos responsáveis por crianças e adolescentes com obesidade atendidos em um Ambulatório de Especialidades Pediátricas de um hospital particular da Cidade de São Paulo, em resposta à questão norteadora: “*Você acha que tudo o que o nutricionista fala na consulta, em relação à alimentação da criança/adolescente que você acompanha, é verdade?*”, 2016.

Ideia Central (A)	Discurso do Sujeito Coletivo (A)
É verdadeiro.	<i>Com certeza, porque eu vejo a diferença. Se colocado em prática o que a nutricionista fala, dá resultado, surte efeito. Algumas coisas que a gente consegue fazer direito, a gente percebe a resposta. Teve uma época que eu vi que estava dando certo. Se fosse fazer tudo de acordo, daria certo. Se fosse colocar tudo em prática, emagreceria. As orientações são importantes. A gente aprende com a nutricionista já que ela sabe mais do que a gente e depois que começa você vê o quanto é importante para a saúde. Já fiz reeducação alimentar e funcionou, então funcionará com ele.</i>

O DSC é resultante da questão norteadora “*Você acha que tudo o que o nutricionista fala na consulta, em relação à alimentação da criança/adolescente que você acompanha, é verdade?*”. Conforme relato de Rocha et al. (2014), o conhecimento teórico por parte dos profissionais da saúde é de suma importância, contudo, deve vir acompanhado de uma aproximação com os pacientes e seus familiares, formando um elo e confiança, garantindo maiores chances de êxito no tratamento. Todavia, no caso do presente estudo, onde o entrevistador e o profissional tratavam-se do mesmo indivíduo, não pode ser descartada a possibilidade do uso de fala autorizada, no intuito de contemplar as expectativas subjetivas deste profissional, na concepção dos entrevistados.

A orientação nutricional, o estímulo à prática de atividade física e o reajuste familiar e psicológico são essenciais no tratamento da obesidade infantil, resultando em manutenção ou perda de peso gradual e monitorada, bons hábitos alimentares e de vida, proporcionando o crescimento e desenvolvimento normal da criança (NEVES et al., 2010).

A comunicação na área da saúde deve caminhar para uma maior difusão de informações e de acesso à população, levando-os à um maior poder de decisão individual. Esta característica pode trazer alguns riscos, contudo, poderá trazer ganhos à população de um modo geral (MADEIRA, 2010).

Além disso, estimular uma maior permanência no tratamento, evitando o afastamento dos pacientes nas consultas e encontros tende a diminuir o consumo de alimentos pouco nutritivos, favorecendo os resultados do programa (MARIZ et al., 2013).

Segundo Teixeira et al. (2012), por meio da revisão de 13 artigos relacionados à equipe multiprofissional, datados de 1991 a 2011, constataram ausência de conhecimentos e de competências adequados à obesidade por parte dos profissionais, contribuindo para desenvolvimento de atitudes e crenças inadequadas diante dos pacientes obesos sugerindo que os obesos são desmotivados, preguiçosos e sem autocontrole. Reduzida crença nos resultados dos tratamentos propostos também foram manifestadas pelos profissionais. Diante disso, faz-se necessária uma melhor formação profissional, desde a graduação, a fim de que se evite um comprometimento do tratamento da obesidade por crenças individuais equivocadas dos profissionais que, na realidade, devem ser agentes promotores da saúde de seus pacientes.

Achados de Souza et al. (2014) reafirmam uma necessidade maior de políticas públicas, por parte do poder público, que sensibilize mais a escola, a família e a sociedade de uma maneira geral para práticas de alimentação saudável e diminuição de sedentarismo. O projeto, o planejamento, a implementação e a gestão dessas políticas são de extrema importância (REIS et. al.,2011).

6. CONCLUSÃO

Ao final do presente estudo conclui-se que:

- Todos os responsáveis eram familiares, pai ou mãe, do grupo atendido, sendo a maioria mães e, quase metade destas, declarou ser 'do lar';
- A menor parte dos entrevistados possuía grau de escolaridade mais elevado como ensino médio ou graduação;
- As práticas alimentares dos pacientes, na opinião dos responsáveis, eram influenciadas por alguns membros da família como irmãos e avós, pela autonomia presente no período da adolescência, pelos maus hábitos já presentes na rotina do paciente, pela influência de amigos no ambiente escolar e pelos aspectos emocionais decorrentes da participação da mãe no mercado de trabalho ou problemas de saúde.
- Embora os responsáveis tenham referido muitos itens de facilidades e dificuldades de aplicação das orientações fornecidas pelo nutricionista, é importante que este profissional priorize a individualização no tratamento, a fim de apoiar e sustentar as informações alimentares, e que estes pacientes tenham o olhar de uma equipe multidisciplinar, já que se sabe que a obesidade apresenta determinantes multifatoriais
- Os responsáveis verbalizaram acreditar nas recomendações propostas durante o tratamento dietoterápico proposto pelo nutricionista no Programa.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da complexidade envolvida no processo de adesão ao tratamento dietoterápico, as informações emergidas dos relatos dos responsáveis contribuíram para o conhecimento da visão dos responsáveis sobre os possíveis fatores influenciadores nas práticas alimentares relacionadas às recomendações nutricionais propostas pelo nutricionista durante as consultas, sendo alguns destes fatores passíveis de intervenção pelos profissionais de saúde durante o tratamento, visando maiores possibilidades de desfechos positivos.

O envolvimento familiar torna-se fundamental neste processo de reeducação alimentar pelo público infantil, visto que exerce grande influência em suas escolhas alimentares. Neste sentido, a partir do mês de abril/2016 o tratamento de obesidade realizado pela nutricionista no Ambulatório de Especialidades em Pediatria passou a ser em grupo, com a companhia do responsável, incluindo instrução e envolvimento familiar.

Todas as colocações realizadas no presente estudo não tiveram o propósito de atribuir qualquer tipo de responsabilidade - pelo insucesso do tratamento - ao paciente, responsáveis ou profissionais, tendo-se a clareza de todos os aspectos que envolvem a obesidade infantil.

Tratando-se de pesquisa qualitativa, o número de entrevistados do presente estudo não foi insuficiente, entretanto, uma maior quantidade de participantes talvez pudesse proporcionar a certeza de saturação de dados, enriquecendo ainda mais a pesquisa.

A familiaridade da pesquisadora com o público alvo do presente trabalho permitiu uma adequada compreensão dos resultados, contudo, aplicáveis em seu dia-a-dia, otimizando os desfechos de tratamento do ambulatório no qual desenvolve seu trabalho, e, espera-se que possa beneficiar outras instituições que realizam trabalhos semelhantes.

Sugere-se a realização de novos estudos que abordem este tema, não somente acerca dos fatores impeditivos vivenciados pelos vitimados da obesidade, mas também uma visão mais ampla e global da situação, como os fatores que contribuíram para a perda ponderal no grupo que atingiu este objetivo a fim destas estratégias também serem utilizadas a favor do sucesso dos pacientes com ganho de peso.

O fluxo de atendimento do nutricionista no Ambulatório de Especialidades em Pediatria já vem sendo alterado desde o início do presente trabalho, tornando-se o período de tratamento da obesidade mais flexível, podendo exceder ao período de um ano previamente estabelecido.

Em meados do mês de Junho de 2016, todos os responsáveis participantes do presente estudo serão convidados a comparecerem ao Ambulatório de Especialidades em Pediatria para um encontro de *feed back* de discussão e reflexões gerais acerca dos resultados obtidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Joana Carolina Rochinha. **Obesidade Infantil: abordagem em contexto familiar**. 2010. 44f. Monografia. Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação. Universidade do Porto, Funchal, 2010.

ANDRADE, Julia et al. Intervenções escolares para redução da obesidade infantil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde**. São Paulo, v. 8, n. 2, p. 72 – 78, fev. 2015.

ANDRADE, Tarsila de Magalhães; MORAES, Denise Ely Bellotto de; ANCONA-LOPEZ, Fábio. Problemas psicológicos e psicodinâmicos de crianças e adolescentes obesos: relato de pesquisa. **Psicologia, ciência e profissão**. São Paulo, v. 34, n. 1, p. 126 – 141, jan. 2014.

ARAÚJO, Márcio Flávio Moura et al. Obesidade infantil: uma reflexão sobre dinâmica familiar numa visão etnográfica. **Revista Rene**. Fortaleza, v.7, n.1, abr. 2006.

ARAÚJO, Rafael André; BRITO, Ahécio Kleber Araújo; SILVA, Francisco Martins. O papel da educação física escolar diante da epidemia da obesidade em crianças e adolescentes. **Educação Física em Revista**. v.4, n.2, mai./jun./jul./ago. 2010.

BALABAN, Geni. **Efeito protetor do aleitamento materno contra o sobrepeso na faixa etária pré-escolar**. 2005. 63f. Tese (doutorado). Universidade Federal de Pernambuco, 2005.

BALASSIANO, Moisés; SEABRA, Alexandre Alves de; LEMOS, Ana Heloisa. Escolaridade, salários e empregabilidade: tem razão a teoria do capital humano? **Revista de Administração Contemporânea**. Curitiba, v. 9, n. 4, p. 31-52, dez. 2005.

BALCI, Mustafa Mucahit et al. Low birth weight and increased cardiovascular risk: Fetal programming. **International Journal of Cardiology**. Amsterdam, v. 144, n. 1, p.110-111, Sep. 2010.

BARBOSA, Najla Veloso Sampaio et al. Alimentação na escola e autonomia – desafios e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo, v. 18, n. 4, p. 937-945. Mar. 2013.

BARKER, D. J. The developmental origins of adult disease. **The Journal of the American College of Nutrition**. [S.l.]: v. 23, n.6, p. 588 – 595. Nov. 2004.

BOA-SORTE, Ney et al. Maternal perception and self-perception of the nutritional status of children and adolescents from private schools. **Jornal de Pediatria**. [S.l.]: V. 83, n. 4. 2007.

Boletim CEInfo – Saúde em dados. 2015: Dados e Indicadores por Coordenadorias Regionais de Saúde e Subprefeituras. Ano XIV, n. 14, Junho. 2015. Disponível em http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_CEInfo_Dados_2015.pdf. Acesso em: 06 mar. 2016.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Incorporação das curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde de 2006 e 2007 no SISVAN**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/curvas_oms_2006_2007.pdf. Acesso em: 27 set. 2015.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Pesquisa de Orçamentos Familiares POF 2008-2009**: Antropometria e análise do estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro, 2010b. 130p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. **VIGITEL – Sistema de monitoramento de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis por meio de inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Guia alimentar para a população Brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **VIGITEL Brasil 2014: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CALLIARI, L. E.; KOCHI, C. **Síndrome Metabólica na Infância e Adolescência**. Tratado de Obesidade. Itapevi: A.C. Farmacêutica, 2010. p. 225-238.

CAMARGO, Ana Paula Paes de Mello de et al. A não percepção da obesidade pode ser um obstáculo no papel das mães de cuidar de seus filhos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, Fev. 2013.

CAVALCANTE, Ana Carolina Montenegro; SAMPAIO, Helena Alves de Carvalho; ALMEIDA, Paulo César. Recomendações dietéticas no tratamento da obesidade

infantil: semelhanças e discrepâncias segundo categoria profissional. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.36, n.3, p.764-776 jul./set. 2012.

CINELLI, Renata L.; O'DEA, Jennifer A. Obesity Prevention Programs in Children: Impact on Weight, Shape and Food Concern. **Current Obesity Report**. Published on line: 2016 fevereiro 3. <http://link.springer.com/article/10.1007/s13679-016-0195-x>

CORSO, Arlete Catarina Tittoni et al. Fatores comportamentais associados ao sobrepeso e à obesidade em escolares do Estado de Santa Catarina. **Revista Brasileira Estudo Populacional**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 117-131, jan./jun. 2012.

CRUZ, Suelen Henriques; ZANON, Regina Basso; BOSA, Cleonice Alves. Relação entre apego e obesidade: Revisão Sistemática da literatura. **Psicologia**, Porto Alegre, v. 46, n. 1, p. 6-15, jan-mar. 2015.

DAMACENO, Rafael Jeferson P.; MARTINS, Paula Andrea; DEVINCENZI, Macarena Urrestarazu. Estado nutricional de crianças atendidas na rede pública de saúde do município de Santos. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 27, n. 2, p. 139 – 47, 2009.

DÂMASO, Ana; TOCK Lian; GANEN, Aline de Piano. **Emagrecer com prazer: Pequenas mudanças, resultados duradouros**. 1 ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2014.

D'AVILA, Gisele Liliam; MULLER, Roberta Luisa; GONSALEZ, Priscila Schramm; DE VASCONCELOS, Francisco de Assis Guedes. Associação entre estado nutricional da mãe e a frequência e companhia durante local como refeições com o sobrepeso / obesidade de adolescentes da cidade de Florianópolis, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. v. 15, n. 3, p. 289-299. Jul./set. 2015.

DE ONIS, Mercedes. Prevenção do sobrepeso e da obesidade infantis. **Jornal de Pediatria** Rio de Janeiro: v. 91, p. 105-107. 2015.

DESSEN, Maria Auxiliadora; POLONIA, Ana da Costa. A Família e a Escola como contextos de desenvolvimento humano. **Paidéia**. Brasília: 2007; v.17, n. 36, p. 21-32.

FERNANDES, Isidoro Tadeu; GALLO, Paulo Rogério; ADVINCULA, Alberto Olavo. Avaliação antropométrica de pré-escolares do município de Mogi-Guaçu, São Paulo: subsídio para políticas públicas de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife: v. 6, n. 2, p. 217-222, Jun. 2006.

FERNANDES, Rômulo Araújo; CASONATTO, Juliano; CHRISTOFARO, Diego Giuliano Destro; RONQUE, Ênio Ricardo Vaz; OLIVEIRA, Arli Ramos; FREITAS, Ismael Forte. Riscos para o excesso de peso entre adolescentes de diferentes

classes socioeconômicas. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 54, n. 4, p. 334-8, mar.2008.

FERREIRA, Vanessa Alves; MAGALHÃES, Rosana. Obesidade e pobreza: o aparente paradoxo. Um estudo com mulheres da favela da Rocinha, Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1792 – 1800. nov-dez. 2005.

FERREIRA, Haroldo da Silva et al. Hipertensão, obesidade abdominal e baixa estatura: aspectos de transição nutricional em uma população favelada. **Revista de Nutrição**, Campinas: v. 18, n. 2, p. 209 – 218. mar./abr. 2005.

FINELLI, Leonardo Augusto Couto; SILVA, Jeanne Laís; AMARAL, Renata de Andrade. Trajetória da família brasileira: o papel da mulher no desenvolvimento dos modelos atuais. **Humanidades**, v. 4, n. 2, jul. 2015.

FLEMING, Ton et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the global burden of disease study 2013. **Lancet**. v. 384, n. 9945. p. 766-781. Ago. 2014.

GARAULET, Martha et al. Validation of a questionnaire on emotional eating for use in cases of obesity; the Emotional Eater Questionnaire (EEQ). **Nutrição Hospitalar**. v. 27, n. 2, p. 645-651. Jul./ 2012.

GARCIA, Leila Posenato; OCKE-REIS, Carlos Octávio; DE MAGALHÃES, Luís Carlos Garcia; SANT'ANNA, Ana Claudia; DE FREITAS, Lúcia Rolim Santana. Medidas de Transmissão intergeracional da obesidade no Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. [S.l]: v. 20, n. 5, p. 1401-1414. Maio/2015.

GIUGLIANO, Rodolfo; CARNEIRO, Elizabeth. Fatores associados à obesidade em escolares. **Jornal de Pediatria**. Brasília: v. 80, n. 1. Jan/2004.

GUSMÃO, Josiane Lima; JÚNIOR, Décio Mion. Adesão ao tratamento – Conceitos. **Revista Brasileira de Hipertensão**. São Paulo: v. 13, n. 1, p. 23-25. Fev./2006.

HAN, J. C.; LAWLOR, D. A.; KIMM, S.Y.S. Childhood Obesity. **The Lancet**, v. 375, n. 9727, p. 1737-1748. Mar/2010.

JAHNKE, Dorte; WARSCHBURGER, Petra. Familial transmission of eating behaviors in preschool-aged children. **Obesity**. Silver Spring: v. 16, n. 8, p. 1821-1825, Ago/2008.

KITZMAN-ULRICH, Heather et al. An Adolescent Weight-Loss Program Integrating Family Variables Reduces Energy Intake. **Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics**. v. 109, n. 3, p. 491-496, Mar/2009.

KOWARICK, Lúcio. Cortiços: A humilhação e a subalternidade. **Tempo Social, Revista de Sociologia da USP**, São Paulo: v. 25, n. 2, p. 49-77, Fev./2013.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. O Discurso do Sujeito Coletivo. Uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. **Educs**. Caxias do Sul, 2000. Disponível em:
http://www.fsp.usp.br/~flefevre/Discurso_o_que_e.htm Acesso em 12/10/2015.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. O Discurso do Sujeito Coletivo. Um novo enfoque em pesquisa qualitativa. **Desdobramentos. Educs**. Caxias do Sul, 2003. Disponível em:
http://www.fsp.usp.br/~flefevre/Discurso_o_que_e.htm Acesso em: 23/11/2015.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. O sujeito coletivo que fala. **Interface – Comunicação, saúde e educação**. São Paulo: v. 10, n. 20, p. 517 -24, jul./dez. 2006.

LEFEVRE, F; LEFEVRE, AMC; CORNETTA, VK; ARAÚJO, SDT. O Discurso do Sujeito Coletivo como Eu ampliado: aplicando a proposta em pesquisa sobre a pílula do dia seguinte. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. São Paulo: v.20, n. 3, p. 798 – 808. 2010.

LELIS, Cristina Teixeira; TEIXEIRA, Karla Maria Damiano; SILVA, Neuza Maria. Inserção feminina no mercado de trabalho e suas implicações para os hábitos alimentares da mulher e de sua família. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro: v. 36, n. 95, p. 523-532, out./dez. 2012.

LUCAS, A. et al. Fetal origins of adult disease; the hypothesis revisited. **BMJ**; v. 319, p. 245-249, 1999.

LUNA, Izaildo Tavares et al. Obesidade juvenil com enfoque na promoção da saúde: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 394-401, Jun. 2011.

MADEIRA, Wilma. Comunicação no Brasil: o que temos e o que queremos. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, [S.l.], v. 4, n. 4, p. 55-61, out./ 2010.

MARIZ, Larissa Soares; MEDEIROS, Carla Campos Muniz; VIEIRA, Caroline Evelin Nascimento Kluczynik; ENDERS, Bertha Cruz; COURA, Alexsandro Silva Coura. Modificação na frequência alimentar de crianças e adolescentes: acompanhamento em serviço de referência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. [S.l.]: v. 21, n. 4. Jul. – Ago./2013.

MARTINS, Saádia Maria Borba. Medo e insegurança nas cidades: a violência no uso dos espaços públicos. **Revista de Direito da Cidade**, v.5, n. 2, p. 206-227. Fev. 2013.

MARTINS, Eliana Bender; CARVALHO, Marília Sá. Associação entre peso ao nascer e o excesso de peso na infância: revisão sistemática. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2281-2300. Nov/2006.

MASQUIO, D.; de Piano, A.; Dâmaso, A. R. A influência do aleitamento materno na obesidade e fatores de risco cardiovascular. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 6, p. 585, 2014.

MAZUR, Caryna Eurich; NAVARRO, Francisco. Insegurança alimentar e obesidade em adultos: Qual a relação? **Saúde Santa Maria**, v. 41, n.2, p. 35-44, Jul./Dez., 2015.

MEDEIROS, Carla Campos Muniz et al. Estado nutricional e hábitos de vida em escolares. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 21, n. 3, 2011 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_art_text&pid=S0104-12822011000300005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 31 ago. 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, Mar. 2012 .

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição**. Brasília: Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição; 1989.

MONTEIRO, Carlos Augusto Monteiro; LEVY, Renata Bertazzi; CLARO, Rafael Moreira; CASTRO, Inês Rugani Ribeiro, CANNON, Geoffrey. Increasing consumption of ultra-processed foods and likely impact on human health: evidence from Brazil. **Public Health Nutrition**, v. 14, p. 5-13, 2011.

MOREIRA, Mariana de Sousa Farias et al. Doenças associadas à obesidade infantil. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v.35, n.1, p. 60-66, Jan – Jun/2014.

NEVES, Patrícia M. J.; TORCATO, Angela C.; URQUIETA, Alexandra S.; KLEINER, Ana Francisca R. Importância do Tratamento e Prevenção da Obesidade Infantil. **Arquivos de Ciência da Saúde**. [S.I.]: v. 17, n. 3, p. 150 – 153. jul-set. 2010.

NIQUINI, Caroline; NAVARRO, Francisco; BESSA, Fernando. Fatores associados à adesão e não adesão do tratamento não farmacológico em usuários com obesidade assistidos pelo Programa Saúde da Família, Complexo do Alemão – RJ. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**. V.6, n.31, p.46-57, Jan. Fev. 2012.

NISHTAR, Sania; GLUCKMAN, Peter; ARMSTRONG, Timothy. Ending childhood obesity: a time for action. **The Lancet**. V. 387 Feb. /2016.

NOGUEIRA, Thais Florence; ZAMBON, Mariana Porto. Razões do abandono do tratamento de obesidade por crianças e adolescentes. **Revista Paulista de Pediatria**. V. 31, n. 3, p. 338-343. Mar/2013.

NONINO-BORGES, Carla; BORGES, Ricardo; SANTOS, José Ernesto. Tratamento Clínico da Obesidade. **Medicina**, Ribeirão Preto. V. 39, n. 2. P. 246 – 252. Abr./Jun. 2006.

OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde) - Pan American Health Organization: 154th **Session of the Executive Committee**, BT Plan of action for the prevention of obesity in children and adolescents. Resolution CE154.R2 PL Washington, D 16-20 June 2014.

PAKPOUR, Amir H. et al. A percepção das mães sobre a obesidade em escolares: pesquisa e o impacto de uma intervenção educativa. **Jornal de Pediatria. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 87, n. 2, p. 169-174, Abr. 2011.

PANIGASSI, Giseli; SEGALL-CORREA, Ana Maria; MARIN-LEÓN, Letícia; PÉREZ-ESCAMILLA, Rafael; MARANHA, Lucia Kurdian; SAMPAIO, Maria de Fátima Archanjo. Insegurança alimentar intrafamiliar e perfil de consumo de alimentos. **Revista de Nutrição de Campinas**. V. 21, p. 135-144. Jul/Ago. 2008.

PATEL, M S; SRINIVASAN, M. Metabolic programming due to alterations in nutrition in the immediate postnatal period. **Journal Nutrition**, Philadelphia, v. 140, n. 3, p. 658-661, Mar. 2010.

PATIAS, Naiana Dapieve et al. Práticas educativas e intervenção com os pais: a educação como proteção ao desenvolvimento dos filhos. **Revista de Psicologia da Saúde**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 29-40, jun. 2013.

PELEGRINI, Andreia; SILVA, Diego Augusto Santos; SILVA, João Marcos Ferreira de Lima; GRIGOLLO, Leoberto; PETROSKI, Edio Luiz. Indicadores antropométricos de obesidade na predição de gordura corporal elevada em adolescentes. **Revista Paulista de Pediatria**. v. 33, n. 1, p. 56-62. Ago.2015.

PEREIRA, Helen Rose et al. Obesidade na criança e no adolescente: quantas calorias a mais são responsáveis pelo excedente de peso? **Revista Paulista de Pediatria**. v. 31, n. 2, p. 252-257. 2013.

PEREIRA, Júlio César Rodrigues. Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da Saúde Humanas e Sociais. **Edusp**, São Paulo, p. 157, 2001.

PIMENTA, Teófilo Antonio Máximo; PEREIRA, Igor Moreira Dias. As contribuições da intervenção multiprofissional na obesidade infantil no contexto de violência urbana. **Publ. UEPG Ci. Soc. Apl.**, Ponta Grossa, v. 22, n. 1, p. 53-63, jan/jun, 2014.

PINHEIRO, Anelise Rizzolo de Oliveira; FREITAS, Fernando Torres de; CORSO, Arlete Catarina Tittoni. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Revista de Nutrição de Campinas**, v.17, n. 4, p. 523-533, out-dez, 2004.

PONTIERI, Flavia Melo; BACHION, Maria Márcia. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 151-160, Jan. 2010.

POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. **Pesquisa Qualitativa na atenção à saúde**. 2ª edição. São Paulo: ARTMED, 2006. p. 21-29.

POULAIN, Jean-Pierre. **Sociologia da Obesidade**. São Paulo: Editora Senac, 2013. p. 20 – 21.

REIS, Caio Eduardo, et al. Políticas Públicas de nutrição para o controle da obesidade infantil. **Revista Paulista de Pediatria**. São Paulo, v. 29, n. 4, p.625-633. Abr. 2011.

RICCO, Rafaela Cristina et al. Estudo comparativo de fatores de risco em crianças e adolescentes com diagnóstico antropométrico de sobrepeso ou obesidade. **Revista Paulista de Pediatria**. São Paulo, v. 28, n. 4, p. 320-5, 2010.

RIVERA, Juan Angel et al. Childhood and adolescent overweight and obesity in Latin America: a systematic review **The Lancet Diabetes & Endocrinology**, v. 2, n. 4, p. 321 – 332. 2014.

ROCHA, Elane Maria; SILVA, Márcia Mirelly dos Santos; GOMES, Maria dos Prazeres Cavalcanti; MARINHO, Tânia Maria Ramalho Tavares; SILVA, Juliana Vasconcelos Lyra. Relato de experiências do grupo de apoio aos pacientes obesos atendidos na clínica escola de nutrição. **Entre Aberta Revista de Extensão**. CESMAC: Maceió, v.1, n.1, 2014.

ROCHA, Élide Mara Braga; LIMA, Roberto Teixeira de; SZARFARC, Sophia Cornbluth. Relação de insegurança alimentar com condições de saúde materno-infantil. **Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, SP, v. 21, n. 1, p. 330-336, mar. 2015.

RODRIGUES, Érika Marafon; BOOG, Maria Cristina Faber. Problematização como estratégia de educação nutricional com adolescentes obesos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 923-931, mai, 2006.

RODRIGUES, Alexandra Magna; HOO, Julia Siqueira; DUARTE, Livia Silva; FARIA, Aline Liz. Avaliação nutricional de crianças e adolescentes no início, fim e pós-tratamento multidisciplinar da obesidade. **RBONE - Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 9, n. 54, p. 258-264. 2015.

ROSSI, Camila Elizandra et al. Influência da televisão no consumo alimentar e na obesidade em crianças e adolescentes: uma revisão sistemática. **Revista de Nutrição**. Campinas, v. 23, n. 4, p. 607-620, Ago. 2010.

SALES, Fernanda; SOUZA, Francisco das Chagas; JOHN, Valquiria Michela. O Emprego da Abordagem DSC (Discurso do Sujeito Coletivo) na Pesquisa em Educação. **LINHAS**, Florianópolis, v. 8, n. 1, Jan./Jun. 2007.

SANTOS, Ana Luísa Couto de Almeida. **A percepção dos pais sobre sua responsabilidade nas práticas alimentares dos filhos: relação com a obesidade infantil**. Dissertação [mestrado]. Jun/2015. Universidade Utad. Portugal: 2015.

SANTOS, Letícia Ribeiro da Cruz; RABINOVICH, Elaine Pedreira. Situações familiares na obesidade exógena infantil do filho único. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 507-521, Jun. 2011.

SANTOS, Paula Renata Miranda; ARAÚJO, Laura Filomena Santos; BELLATO, Roseny. (Re)configurações nos modos de ser e cuidar em família. **Grupo de Pesquisa Enfermagem Saúde e Cidadania**, Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá – MT, 2015; v.1, p. 468 – 473.

SIGULEM, Dirce Maria; TADDEI, José Augusto de Aguiar Carrazedo; ESCRIVÃO, Maria Arlete Meil Schimith; DEVINCENZI, Macarena Urrestarazu. Obesidade na Infância e na adolescência. **Compacta Nutrição**. São Paulo, v. 1, n. 2. Jun. 2001.

SILVA, Nancy Capretz Batista da et al. Variáveis da família e seu impacto sobre o desenvolvimento infantil. **Temas de Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, 2008 .

SKELTON, J.A.; BUEHLER, V.C.; IRBY, M.B.; GRZYWACZ, J.G. Where are family theories in family-based obesity treatment? Conceptualizing the study of families in pediatric weight management. **International Journal of Obesity**, v. 36, p. 891-900, 2012.

SOUZA, Alline Bianca Lima, et al. Novos arranjos familiares e os desafios ao direito de família: uma leitura a partir do Tribunal de Justiça do Amazonas. **Revista**

Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP. Macapá, n. 5, p. 105-119, dez. 2012

SOARES, Ana Paula Caetano de Menezes. **O modo de aprendizagem do paciente obeso e adesão ao tratamento.** Rio de Janeiro, 2009. 151p. Dissertação (Mestrado em Educação em Ciências e Saúde) NUTES/CCS. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Obesidade na Infância e na adolescência: Manual de Orientação. Departamento Científico de Nutrologia,** 2.ed. revista e ampliada, p. 142, São Paulo: SBP. 2012.

SOUZA, Noa Pereira Prada; OLIVEIRA, Maria Rita Marques. O ambiente como elemento determinante da obesidade. **Revista Simbio-Logias.** [S.l.], v.1, n.1, mai/2008.

SOUZA, Márcia Christina Caetano; TIBURCIO, Jacqueline Domingues; BICALHO, Juliana Mara Flores; RENNÓ, Heloiza Maria de Siqueira; DUTRA, Jacqueline Souza; CAMPOS, Luis Gustavo; SILVA, Eduardo Sérgio. Fatores associados à obesidade e sobrepeso em escolares. **Texto Contexto Enfermagem,** Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 712-719, jul/set, 2014.

SPARREBERGER, Karen; FRIEDRICH, Roberta Roggia ; SCHIFFNER, Mariana Dohl; SCHUCH, Ilaine; WAGNER, Mário Bernardes. Ultra-processed food consumption in children from a Basic Health Unit. **Jornal de Pediatria.** Rio de Janeiro, v. 91, n. 6, p. 535 – 542. 2015.

VANDEVIJVERE, Stefanie; et al. Increased food energy supply as a major driver of the obesity epidemic: a global analysis. **Bull World Health Organization.** V. 93, p. 446-456. Fev., 2015.

TEIXEIRA, Filipa Valente; PAIS-RIBEIRO, José Luis, MAIA, Ângela Rosa Pinho da Costa. Crenças e práticas dos profissionais de saúde face à obesidade: uma revisão sistemática. **Revista da Associação Médica Brasileira.** [S.l.], v. 58, n. 2, p. 254-262. 2012.

TRICHESA, Rozane Márcia; GIUGLIANIB, Elsa Regina Justo. Obesidade, práticas alimentares e conhecimentos de nutrição em escolares. **Revista Saúde Pública.** São Paulo, v. 39, n. 4, p. 541 – 547, 2005.

VEGA, Juliana Bergamo; POBLACION, Ana Paula; TADDEI, José Augusto de Aguiar Carrazedo. Fatores associados ao consumo de bebidas açucaradas entre pré-escolares brasileiros: inquérito nacional de 2006. **Ciências & Saúde Coletiva,** v. 20, n. 8, p. 2371- 2380, 2015.

VICTORINO, Silvia Veridiana Zamparoni; SOARES, Larissa Gramazio; MARCON, Sonia Silva; HIGARASHI, Ieda Harumi. Viver com obesidade infantil: a experiência de crianças inscritas em programa de acompanhamento multidisciplinar. **Revista Rene**. [S.l.], v. 15, n. 6, p. 980-989. Nov-dez., 2014.

WANDERLEY, Emanuela Nogueira; FERREIRA, Vanessa Alves. Obesidade: Uma perspectiva plural. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 185 – 194, 2010.

WHO – World Health Organization Obesity. **Preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation on obesity**. Geneva, 1998. Technical Report Series, 894. 1998 Disponível em http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/. Acesso em 13 ago. 2015.

World Health Organization (WHO). **Global strategy on diet physical activity and health**. Geneva: WHO, 2004. Disponível em http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf Acesso em 12/01/2016.

World of Health Organization (WHO). **WHO Child Growth Standard: methods and Development**. France, 2006. Disponível em http://www.who.int/childgrowth/standards/Technical_report.pdf Acesso em 15/10/2015.

World of Health Organization (WHO). **WHO Child Growth Standard: methods and Development**. France, 2007. Disponível em http://www.who.int/childgrowth/standards/Technical_report.pdf Acesso em 03/10/2015.

World Health Organization (WHO). **Global recommendations on physical activity for health**. Geneva: WHO, 2010. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979_eng.pdf Acesso em 05/02/2016.

World Health Organization (WHO). **Global status report of non-communicable diseases 2010**. Geneva: WHO, 2011. Disponível em http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf Acesso em 28/12/2015.

World Health Organization (WHO). **Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013 – 2020**. Suíça, 2013. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf Acesso em 18/01/2016.

XU, Shumei, XUE, Ying. Pediatric obesity: Causes, symptoms, prevention and treatment (Review). **Experimental and therapeutic medicine** v.11, p. 15-20, 2016.

ANEXO 1 - CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA



**HOSPITAL
SÍRIO-LIBANÊS**

São Paulo, 21 de Outubro de 2014

Declaração de Aceite e Comprometimento como Instituição Co-participante

Ref: Protocolo: "FATORES DE INTERFERÊNCIA NA ADESÃO AO TRATAMENTO DIETOTERÁPICO POR UM GRUPO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES OBESOS NA PERCEPÇÃO DOS FAMILIARES"

Instituição Proponente: Centro Universitário São Camilo

Pesquisador Principal: Monica Venturinelí Ferreira

Declaro para os devidos fins, que a Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio Libanês, CNPJ 61590410/0001-24, manifesta o total interesse em participar do Projeto de pesquisa supracitado.

Eu, Monica Venturinelí Ferreira, Registro Profissional CRN-3 28919, Pesquisadora Responsável Institucional pelo Projeto de Pesquisa supracitado, declaro ter lido e concordo com o delineamento do estudo. Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012.

Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente Projeto de Pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da confidencialidade dos participantes de pesquisa, dispondo de infra-estrutura necessária para realização do projeto.

Monica Venturinelí Ferreira
Nutricionista
CRN-3 28919

Assinatura e Carimbo do Pesquisador Responsável Institucional

Sérgio Fernando Rodrigues Zanetta
Superintendente de Filantropia
Hospital Sírio Libanês

Assinatura e Carimbo do Responsável Institucional – Filantropia

Assinatura e Carimbo de Ciência do Responsável Institucional - Nutrição

Ana Lúcia Chelloub C. Rodrigues
Nutricionista
CRN3 - 5925

ANEXO 2 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA – SC

CENTRO UNIVERSITÁRIO
SÃO CAMILOCENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO
CAMILO - UNISC

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FATORES DE INTERFERÊNCIA NA ADESÃO AO TRATAMENTO DIETOTERÁPICO POR UM GRUPO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES OBESOS NA VISÃO DOS FAMILIARES

Pesquisador: MÔNICA VENTURINELI FERREIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 39166114.8.0000.0062

Instituição Proponente: Centro Universitário São Camilo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 995.314

Data da Relatoria: 11/03/2015

Apresentação do Projeto:

A presente pesquisa visa conhecer a caracterização da família de crianças e adolescentes obesos, bem como avaliar os fatores de interferência na adesão ao tratamento dietoterápico destes indivíduos, na visão dos familiares. Será conduzido um estudo transversal, com amostra de conveniência, realizado após assinatura do TCLE. Será conduzido no Ambulatório de Especialidades em Pediatria da Filantropia da Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio Libanês.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL:

Conhecer os fatores que interferem na adesão ao tratamento dietoterápico de pacientes obesos pediátricos, na visão dos familiares.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar o perfil socioeconômico das famílias participantes do trabalho;
- Identificar quais os principais fatores que interferem na adesão ao tratamento dietoterápico proposto, influenciando a consolidação de um bom hábito alimentar pelas crianças e adolescentes obesos em tratamento.

Endereço: Rua Raul Pompili, 144

Bairro: Pompili

CEP: 05.025-010

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3485-2659

Fax: (11)3485-2654

E-mail: cep@uniscamilo-sp.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO
SÃO CAMILO

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO
CAMILO - UNISC



Continuação do Projeto: 005.014

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa não oferece riscos ao participante. Quanto aos benefícios, as informações prestadas pelos familiares dos pacientes poderão servir como instrumento de melhoria do serviço prestado pelo Programa de Obesidade Infantil. Oferecer orientações ao término da entrevista junto ao responsável pela criança.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

*Instituição Proponente: Centro Universitário São Camilo – SP.

*Projeto de pesquisa vinculado Curso de Mestrado Profissional em Nutrição do Nascimento à Adolescência.

*Instituição Coparticipante: Ambulatório de Especialidades em Pediatria da Filantropia da Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sirio Libanês.

*Tipo de pesquisa: de campo, transversal, exploratória, descritiva, de abordagem qualitativa. As pesquisadoras citam que a escolha desse método justifica-se pela necessidade de conhecer a subjetividade das informações do relato dos entrevistados a respeito de sua visão acerca dos fatores de interferência na adesão ao tratamento dietoterápico dos pacientes obesos pediátricos.

*Caracterização do participante do estudo: Serão convidados a participar todos os responsáveis cujas crianças ou adolescentes tenham piora do IMC, nas duas últimas consultas. Como a amostra será por conveniência, almeja-se avaliar um número mínimo de 12 familiares.

*Procedimento junto ao participante: Após a identificação dos possíveis candidatos, quando os mesmos comparecerem em consulta de rotina com o respectivo paciente pediátrico com obesidade, os pais ou responsáveis receberão o convite, pelo pesquisador principal, para participar do estudo, sendo-lhes apresentado o projeto, os objetivos e os métodos. Após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE e do Termo de Autorização de Uso de Imagem e Depoimentos – TAUID os referidos documentos deverão ser assinados, devolvidos ao pesquisador, para posterior entrevista. As informações serão coletadas por meio de entrevistas individuais e questionário socioeconômico realizadas com os familiares das crianças e dos adolescentes atendidos na instituição coparticipante. A entrevista, que seguirá um roteiro e será realizada com um familiar ou responsável acompanhante da consulta que vivencie a rotina da criança que apresentar piora nas medidas antropométricas, especificamente o Índice de Massa Corporal (IMC) – entre as duas últimas consultas que antecedem a entrevista.

*Análise dos dados: A análise estatística será realizada com auxílio do software QualQuantSoft®.

*Abordagem dos participantes: A coleta de dados será realizada no próprio ambulatório, em sala reservada, pela pesquisadora principal.

Endereço: Rua Raul Pompília, 144

Bairro: Pompília

CEP: 05.035-010

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3485-2669

Fax: (11)3485-2654

E-mail: corp@suocamilo-sp.br



**CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO
CAMILO - UNISC**



Continuação do Parecer: 006.014

*TCLE: Inserir no Termo os contatos do Comitê de Ética em Pesquisa. Fazer a correção, no TCLE, da frase: "Para participar deste estudo, solicitamos sua colaboração em responder a dois questionários." Não são dois questionários, na descrição do projeto de pesquisa, constam que será aplicado um questionário do perfil socioeconômico e será realizada uma entrevista e a mesma será gravada. Ainda, excluir o TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS, pois o TCLE é o instrumento adequado para que seja feito o esclarecimento e a solicitação do consentimento dos participantes da pesquisa para realização da entrevista. O Termo foi reapresentado com as alterações descritas anteriormente.

*Coleta de dados: indica que será feita após aprovação do COEP.

*Orçamento: o valor foi descrito, porém indica que a pesquisadora proverá com as despesas do material de escritório. Será necessária a compra de um Software e não foi indicado quem arcará com o ônus.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos:

1. Folha de Rosto de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos assinada pelo pesquisador e pela instituição proponente.
2. Carta de autorização da instituição coparticipante.
3. Parecer da Comissão de Pesquisa.
4. Termo de autorização do uso da imagem (esse documento foi excluído conforme solicitação, pois essa informação está inclusa no TCLE).

Recomendações:

- Considerando que durante a entrevista o responsável pela criança aponte questões que necessitem de orientações, recomenda-se que ao término da entrevista, o pesquisador faça a orientações pertinentes.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após discussão em plenária o referido protocolo de pesquisa foi aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Apresentar relatório parcial ou final da pesquisa após 6 meses a partir da data desse parecer.

Endereço: Rua Raul Pompili, 144

Bairro: Pompili

CEP: 05.025-010

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3485-2688

Fax: (11)3485-2654

E-mail: coep@suocamillo-sp.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO
SÃO CAMILO

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO
CAMILO - UNISC



Continuação do Formoc: 006.014

SÃO PAULO, 23 de Março de 2015

Assinado por:
Adriana Aparecida de Faria Lima
(Coordenador)

Endereço: Rua Raul Pompili, 144

Bairro: Pompili

CEP: 05.025-010

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3485-3889

Fax: (11)3485-3854

E-mail: coep@saocamilo-ap.br

APÊNDICE 1 - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Questionário Sociodemográfico	
Dados Pessoais do entrevistado	
SAME _____	
Data da entrevista: __/__/_____	
Nome do entrevistado:	
Idade:	Sexo: () Masculino () Feminino
Peso: kg	Estatura: m
Grau de parentesco com o paciente:	
Profissão:	
Escolaridade: () Ensino fundamental incompleto () Ensino fundamental completo () Ensino médio incompleto () Ensino médio completo () Graduação incompleta () Graduação completa () Pós-graduação incompleta () Pós-graduação completa	
Dados Pessoais do paciente	
Iniciais do nome do paciente:	
Data de nascimento:	Idade atual: ___ anos ___ meses
Peso:	
Estatura:	
IMC: kg/m ²	
IMC/I ou P/E:	Classificação:
Dados de nascimento	
Peso: ___ kg Comprimento: ___ cm LME: _____ LM misto ___	

Composição familiar

Nome: _____ Idade: _____ anos Profissão _____

Escolaridade: Ensino fundamental incompleto

Ensino fundamental completo

Ensino médio incompleto

Ensino médio completo

Graduação incompleta

Graduação completa

Pós-graduação incompleta

Pós-graduação completa

Nome: _____ Idade: _____ anos Profissão _____

Escolaridade: Ensino fundamental incompleto

Ensino fundamental completo

Ensino médio incompleto

Ensino médio completo

Graduação incompleta

Graduação completa

Pós-graduação incompleta

Pós-graduação completa

Nome: _____ Idade: _____ anos Profissão _____

Escolaridade: Ensino fundamental incompleto

Ensino fundamental completo

Ensino médio incompleto

Ensino médio completo

Graduação incompleta

Graduação completa

Pós-graduação incompleta

Pós-graduação completa

APÊNDICE 2 – QUESTÕES NORTEADORAS PARA A ENTREVISTA

1. *Você acha que a criança/adolescente consegue colocar em prática no seu dia-a-dia tudo que o nutricionista recomenda na consulta? Por que?*
2. *Na sua opinião, o que ele(a) acha mais fácil e o que ele(a) acha mais difícil? Por que?*
3. *Você acha que tudo o que o nutricionista fala na consulta, em relação à alimentação da criança/adolescente que você acompanha, é verdade? Por que?*

APÊNDICE 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) familiar/ responsável do paciente: _____

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que tem como objetivo **conhecer os fatores que interferem na adesão ao tratamento dietoterápico, na visão dos familiares, pelos pacientes pediátricos com obesidade.**

Para participar deste estudo, solicitamos sua colaboração em responder a um questionário de perfil socioeconômico e a uma entrevista, com gravação de voz, que servirá para conhecermos suas opiniões a respeito dos fatores que interferem na adesão das instruções dadas pelo nutricionista, durante as consultas de rotina, da criança/adolescente que você acompanha.

Sua participação na pesquisa será voluntária e não remunerada. Durante o andamento da pesquisa, se por qualquer motivo quiser desistir, terá toda a liberdade para retirar o seu consentimento, sem prejuízo pessoal ou institucional.

As informações concedidas serão confidenciais e de conhecimento apenas do pesquisador responsável. Sua identidade pessoal será mantida em absoluto sigilo tanto no percurso da pesquisa quanto em sua conclusão, conforme orienta a resolução de nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde Brasileiro (CNS /MS).

O estudo está devidamente autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário São Camilo e será orientado pelo Prof.^a Dr.^a Adriana Garcia Peloggia de Castro, professora do Centro Universitário São Camilo. O estudo também possui a autorização dos responsáveis dos setores envolvidos do Hospital Sírio-Libanês.

Em caso de mais esclarecimentos, por favor, entrar em contato com a **Pesquisadora Responsável:** Monica Venturinelí Ferreira, **e-mail:** monica.venturinelí@gmail.com e **celular:** (11) 9-8330-4177. Este estudo foi submetido ao **Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário São Camilo e os telefones para contato são:** 3465-2669 ou 3465-2654, **e-mail:** secretariacoep@saocamilo-sp.br

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Li as informações contidas neste documento antes de assinar este termo de consentimento. Declaro que toda a linguagem técnica utilizada na descrição desta pesquisa foi satisfatória para minha compreensão e que as informações recebidas foram suficientes para esclarecimentos de dúvidas.

Compreendo que sou livre para retirar-me do estudo em qualquer momento, sem qualquer penalidade. Confirmando o recebimento de uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e concordo participar deste estudo por livre e espontânea vontade.

São Paulo, ____ de _____ de ____.

 Sujeito da pesquisa
 Nome completo e assinatura

 Monica Venturinelí Ferreira
 Pesquisadora Mestranda - Centro Universitário São Camilo