

MÁRCIA ROCHA PARIZZI

**CONCEPÇÕES, ATITUDES E PRÁTICAS DO MÉDICO NO
ATENDIMENTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE OBESOS**

**FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG)
BELO HORIZONTE
2011**

MÁRCIA ROCHA PARIZZI

**CONCEPÇÕES, ATITUDES E PRÁTICAS DO MÉDICO NO
ATENDIMENTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE OBESOS**

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Medicina, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Doutor – Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Assis Ferreira
Co-Orientadora: Profa. Dra. Cristiane de Freitas Cunha

**BELO HORIZONTE
FACULDADE DE MEDICINA – UFMG
2011**

Parizzi, Márcia Rocha.
P234c Concepções, atitudes e práticas do médico no atendimento da criança e do adolescente obesos [manuscrito]. / Márcia Rocha Parizzi. -- Belo Horizonte: 2011.
115f.
Orientador: Roberto Assis Ferreira.
Coorientador: Cristiane de Freitas Cunha.
Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.
1. Obesidade. 2. Criança. 3. Adolescente. 4. Pessoal de Saúde. 5. Pesquisa qualitativa. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Ferreira, Roberto Assis. II. Cunha, Cristiane de Freitas. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WS 115

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Reitor

Prof. Clélio Campolina Diniz

Vice-Reitora

Profa. Rocksane de Carvalho Norton

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Ricardo Santiago Gomez

Pró-Reitor de Pesquisa

Prof. Renato de Lima dos Santos

Diretor da Faculdade de Medicina

Prof. Francisco José Penna

Vice-Diretor da Faculdade de Medicina

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Coordenador do Centro de Pós-Graduação

Prof. Manoel Otávio da Costa Rocha

Subcoordenadora do Centro de Pós-Graduação

Profa. Teresa Cristina de Abreu Ferrari

Chefe do Departamento de Pediatria

Profa. Benigna Maria de Oliveira

Coordenadora *pro tempore* do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Saúde da Criança e do Adolescente

Profa. Ana Cristina Simões e Silva

Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Saúde da Criança e do Adolescente

Ana Cristina Simões e Silva -Titular

Benigna Maria de Oliveira - Suplente

Cássio da Cunha Ibiapina -Titular

Cristina Gonçalves Alvim - Suplente

Eduardo Araújo de Oliveira -Titular

Eleonora M. Lima - Suplente

Francisco José Penna -Titular

Alexandre Rodrigues Ferreira - Suplente

Jorge Andrade Pinto -Titular

Vitor Haase - Suplente

Ivani Novato Silva –Titular

Juliana Gurgel - Suplente

Marcos José Burle de Aguiar –Titular

Lúcia Maria Horta de Figueiredo Goulart - Suplente

Maria Cândida Ferrarez Bouzada Viana –Titular

Cláudia Regina Lindgren - Suplente

Michelle Ralil da Costa (Disc. Titular)

Marcela Guimarães Cortes (Disc. Suplente)

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Roberto Assis Ferreira, pelo acolhimento e grande incentivo para realização deste trabalho, pelo exemplo de docência e pelos ensinamentos preciosos que contribuíram sobremaneira para este estudo.

À querida Professora Cristiane de Freitas Cunha, meus sinceros agradecimentos pelos encontros profícuos, dos quais sentirei muita saudade. Esses momentos agradáveis me revelaram sua generosidade, serenidade, conhecimento, sabedoria e competência. Seu apoio, muitas vezes fora do horário convencional, foi crucial para desfazer impasses e seguir em frente.
Fico-lhe eternamente grata!

Aos queridos professores e colegas do Ambulatório de Nutrologia Pediátrico do Hospital das Clínicas da UFMG, pela acolhida e intensa aprendizagem,

À querida amiga Gisele Araújo Magalhães, pelo carinho nos meus momentos de ansiedade.

À Maria Luisa Fernandes Tostes, agradeço-lhe por ter consentido minhas férias prêmio no final do curso, tão fundamentais para conclusão deste trabalho.

Aos queridos colegas da Coordenação de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente pela dedicação e cuidado nas minhas ausências: Alexandra, Ana Cristina, Cecília, Corina, Fernando, Luciana, Núbia, Rejane e Zélia,

A cada um dos profissionais que me concederam as entrevistas, pelo entusiasmo com que se deixaram entrevistar possibilitando a realização deste estudo.

RESUMO

A obesidade é uma doença em ascensão universal, de causalidade complexa e de grande importância clínico-epidemiológica pela relação com várias doenças, principalmente o diabetes tipo II e a hipertensão arterial. De difícil tratamento é, atualmente, um dos distúrbios nutricionais mais comuns em crianças e adolescentes. As causas para os insucessos e não adesão ao tratamento, frequentemente observados nos serviços de saúde, são ainda pouco compreendidas. Dentre os fatores que interferem na adesão, a qualidade da relação médico-paciente tem sido enfatizada. O objetivo central deste estudo, portanto, foi investigar as concepções, atitudes e práticas do médico na abordagem da obesidade da criança e do adolescente, identificando fatores que contribuem e influenciam os resultados do tratamento. Utilizou-se o método qualitativo, com entrevistas semi-dirigidas para coleta de dados. Para as entrevistas trabalhou-se com uma amostragem intencional e utilizou-se o critério de saturação para interrupção das entrevistas. Foram convidados cinco pediatras e um endocrinologista, considerados referência para seus pares, que atuam em serviços de atenção primária e secundária. A técnica de tratamento dos dados colhidos foi a Análise de Conteúdo. Dentre os impasses percebidos relacionados diretamente com a atuação do profissional, destaca-se, primordialmente, as limitações decorrentes de uma concepção, possivelmente atribuída à formação médica, centrada no modelo biotecnológico, na qual assimila um paradigma que não aborda a subjetividade. O resultado é o exercício hegemônico de uma clínica centrada na técnica e no ato prescritivo, em detrimento da clínica que valoriza a escuta, na qual o médico dá espaço ao paciente para falar de si, possibilitando surgir também demandas subjetivas de tratamento. Privilegia, dessa forma, uma intervenção biológica e prescritiva, em detrimento dos aspectos psicossociais envolvidos no processo, o que pode gerar prejuízo no vínculo profissional-paciente e grandes oportunidades perdidas de prevenção e tratamento. A abertura para uma escuta cuidadosa que valoriza a subjetividade pode ser um possível caminho para a construção e fortalecimento da vinculação ao profissional e serviço de saúde.

Palavras chave: Obesidade, Criança, Adolescente, Médico, Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

Obesity is a disease on universal rise of complex causality and of great importance on the clinical and epidemiological points of view by its relationship with various diseases, especially Type II Diabetes and Hypertension. It is difficult to treat and currently one of the most common nutritional disorders in children and adolescents. The reasons for the failures and noncompliance to the treatment, frequently observed in obese care services are still poorly understood. Among the aspects that influence adherence, the quality of doctor-patient relationship has been emphasized. The aim of this study therefore was to investigate aspects related to the health professional's performance and experience - their conceptions, attitudes and practices on approaching the obesity of children and adolescents - identifying factors that influence treatment outcomes. It was used qualitative methodology of content and part-open interviews for collecting data. To build the sample, purposive sampling of convenience was used. The method of qualitative analysis of content was used on analyzing the interviews. For the interviews, were invited professionals considered reference to their peers in service to primary and secondary health care. Data collection was interrupted after six responses according to the saturation criteria. We have worked with Qualitative Content Analysis of interviews. Among the impasses perceived directly related to the performance of the professional, there is primarily the limitations arising from a conception possibly attributed to medical training, focused on biotech model, which assimilates a paradigm that does not address the subjectivity. The result is the hegemonic exercise of a clinic centered on technical and prescriptive act, at the expense of the clinic that values listening, in which the doctor gives the patients space to talk about themselves, allowing also subjective demands of treatment to arise. Therefore, a biological and prescriptive intervention, at the expense of the psychosocial aspects involved in the process, which can lead to losses in the professional-patient bond and great missed opportunities for prevention and treatment. The opening for careful listening that values the subjectivity can be a possible way to building and strengthening ties to professional and health service.

Keywords: Child obesity, adolescent obesity, pediatricians, qualitative methodology.

LISTA DE ABREVIATURAS

AAP	Academia Americana de Pediatria
ABESO.....	Associação Brasileira de Estudos Sobre Obesidade
ABRAN.....	Associação Brasileira de Nutrologia
ACS.....	Agente Comunitário de Saúde
AMB	Associação Médica Brasileira
ANVISA.....	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária de Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
ESF	Equipe de Saúde da Família
HC/UFGM.....	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais
IMC.....	Índice de Massa Corporal
IOTF	International Obesity Task Force (Força Tarefa Internacional para Enfrentamento da Obesidade)
MS.....	Ministério da Saúde
NASF.....	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PSF	Programa de Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SBEM	Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SMSA/PBH.....	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
SUS.....	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	PERCURSO TEÓRICO	16
2.1	Obesidade na infância e na adolescência.....	16
2.2	Adesão ao tratamento e concepções do profissional de saúde no tratamento da obesidade da criança e adolescente	34
3	OBJETIVOS.....	44
3.1	Objetivo geral	44
3.2	Objetivos específicos	44
4	MATERIAL E MÉTODOS.....	45
4.1	Metodologia qualitativa	45
4.2	Técnica de entrevista e coleta de campo.....	45
4.3	Sujeitos da pesquisa.....	46
4.4	Tratamento dos dados e discussão	49
4.5	Cuidados éticos.....	49
4.6	Referenciais para discussão dos resultados.....	50
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	51
5.1	Artigo produzido durante o curso	51
5.2	Distribuição dos temas e categorias	51
5.3	A Prática dos profissionais como barreira ao tratamento da criança e do adolescente.....	52
5.3.1	A concepção da obesidade como um desequilíbrio matemático	52
5.3.2	Inadequação na relação médico-paciente	65
5.3.3	Sobre as famílias: consumo e desamparo	69
5.3.4	Sobre os apoios sociais e o papel da escola	73
5.4	A Prática do profissional como facilitadora do tratamento da criança e do adolescente.....	76
5.4.1	Concepção: obesidade enquanto uma condição complexa	76
5.4.2	Um olhar para a obesidade mórbida: o que os casos graves nos ensinam. A construção do vínculo como facilitador do tratamento.....	81
5.4.3	Cuidados no atendimento do adolescente..	91

6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
	REFERÊNCIAS.....	97
	ANEXOS	
A	Roteiro de entrevista semi-estruturada	109
B	Formulário de consentimento para participantes com idade igual ou superior a 18 anos	111
C	Parecer dos Conselhos de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Secretária Municipal da PBH	112
D	Parecer dos Conselhos de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do COEP-UFMG	113
E	Ata de Defesa	114
F	Folha de Aprovação.....	115

1 INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença de causalidade complexa, que encontra-se em ascensão universal, e que possui grande importância clínico-epidemiológica pela relação com várias doenças, principalmente o diabetes tipo II e a hipertensão arterial. Apesar da atuação da International Obesity Task Force (IOTF), comissão técnica criada em 1994 pela Organização Mundial de Saúde com a missão de fomentar políticas e estratégias em saúde pública para prevenção e tratamento da obesidade, sua prevalência continua em expansão, desafiando a Medicina e a sociedade (IOTF, 1997; IOTF, 1999). Estudo de tendência secular de sobrepeso e obesidade em crianças concluiu que, do início da década de 70 ao final da década de 90, a prevalência dobrou ou triplicou na maioria dos países industrializados e em desenvolvimento, especialmente na Austrália, Brasil, Canadá, Chile, Finlândia, França, Alemanha, Grécia, Japão, Reino Unido e Estados Unidos (HAN; LAWLOR; KIMN, 2010).

No Brasil, os resultados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2008-2009 demonstram que, sobretudo nos últimos vinte anos, houve aumento expressivo da prevalência de sobrepeso e obesidade em diferentes faixas etárias e em ambos os sexos (IBGE, 2010). Na faixa de cinco a nove anos, no período de 2008-09, apresentavam-se com excesso de peso (sobrepeso) 34,8% dos meninos. Em 1989, este índice era de 15% e, em 1974-75 de 10,9%. Nas meninas de cinco a nove anos observou-se padrão semelhante, com um índice na década de 70 de 8,6%, no final dos anos oitenta de 11,9% e, em 2008-09, de 32%. Com relação à prevalência de obesidade em crianças de cinco a nove anos, nos mesmos períodos de 1974-75, 1989 e 2008-09, os índices foram, respectivamente, de 2,9%, 4,1% e 16,6% entre os meninos e de 1,8%, 2,4% e 11,8% nas meninas. Em adolescentes de 10 a 19 anos, o aumento do excesso de peso no sexo masculino sextuplicou nos últimos 35 anos, de 3,7%, em 1974-75, para 21,7%, em 2008-09. Entre as jovens, as estatísticas triplicaram de 7,6% para 19,0% entre 1974-75 e 2008-09. Com relação aos índices de obesidade nos dois períodos, o aumento foi de 0,4 para 5,9% em adolescentes do sexo masculino e de 0,7 para 4,0% em adolescentes do sexo feminino (IBGE, 2010).

Esta expressiva ascensão da prevalência de obesidade nas últimas décadas, que ocorreu concomitantemente a um aumento de uma série de significativas repercussões biológicas e psicossociais, torna-se ainda mais grave quando se constata que a maioria dos indivíduos com obesidade não aderem ao tratamento proposto e dificilmente deixarão de ser obesos (WHO, 1998; WHO, 2009). Diversos autores têm enfatizado que as inúmeras dificuldades na condução do tratamento, os altos percentuais de insucessos terapêuticos, de recidivas e de abandono precoce do tratamento contribuem para a persistência, na vida adulta, do excesso de peso adquirido na infância e adolescência (DIETZ, 2002; ESCRIVÃO *et al.* 2000; FRANC *et al.*, 2009; LIVINGSTONE, 2000; WEAVER, 2001).

Essa expansão da prevalência da obesidade e o fracasso das abordagens preventivas e terapêuticas vigentes colocam em evidência a necessidade de se ampliar a compreensão acerca da complexidade envolvida na clínica da obesidade (IOTF, 1999). Apesar de a alta prevalência refletir, em parte, a mudança nos padrões de comportamento da sociedade nos últimos 30 anos, que se expressam, principalmente pelo sedentarismo e pela preferência por alimentos industrializados densamente calóricos (WHO, 2009), a obesidade não pode ser conceituada e vista, simplesmente, como um desequilíbrio no balanço energético (CARVALHO; MARTINS, 2004; TONIAL, 2007; CRESPO, 2008; SEIXAS, 2009). O aumento progressivo da prevalência de obesidade na criança e adolescente impõe uma reflexão, que deve ir além dessa orientação. A obesidade é uma condição complexa, influenciada por uma soma de fatores genéticos, ambientais e psíquicos, sendo difícil discriminar a potencialidade isolada de cada um deles (TONIAL, 2007). No entanto, apesar dos profissionais reconhecerem a complexidade psíquica, social e cultural inerentes ao hábito alimentar, esses fatores não costumam ser considerados nas suas práticas (TONIAL, 2007; BARLOW, 2007). Prevalece uma assistência fragmentada, que não privilegia o sujeito pleno que trás consigo, além de um problema de saúde, certa subjetividade, uma história de vida, que contribuem para seu processo de saúde, nutrição e doença. O paciente tende a ser visto, apenas, sob o olhar da epidemiologia que prioriza os determinantes naturais da doença e anula o sujeito do âmbito da clínica médica, conforme nos relata Brant (2001) em:

[...] um contexto onde só será fonte fidedigna de informação quando for completamente despersonalizado, que a epidemiologia afirma como objeto de sua atenção dados como idade, gênero, grupo étnico, medidas fisiológicas, status socioeconômico, nível educacional, ocupação, uso de drogas, dieta, exercícios físicos e jamais o sujeito que fala e que é falado pelo Outro (BRANT, 2001, p.224)

Portanto, a complexidade envolvida na abordagem dos pacientes obesos e familiares desafia a Medicina a olhar para um modelo assistencial que supere a estrutura determinista e mecanicista do atual modelo biológico e considere, no processo preventivo e terapêutico, não somente os aspectos orgânicos, mas também os aspectos sociais, psíquicos e culturais.

Nesse sentido, vários autores clamam por pesquisas que ampliem os conhecimentos sobre os fenômenos que interferem na adesão ao tratamento da obesidade, dentre os quais, fatores relacionados com abordagem médica (GOLAN *et al.*, 1998; EPSTEIN *et al.*, 1998; PINELLI *et al.*, 1999, MUSTAJOKI, PEKKARINEN, 1999, STORY, 2002). Dentre os comportamentos citados na literatura que caracterizam a não adesão tem sido destacado o abandono precoce do tratamento que ocorre, até mesmo antes do término da propedêutica para definição do diagnóstico (PINELLI *et al.*, 1999). Alguns autores enfatizam que as altas taxas de abandono chegam a inviabilizar estudos sobre obesidade (ISRAEL; SILVERMAN; SOLOTAR, 1987; MUSTAJOKI; PEKKARINEN, 1999). No estudo de mestrado, intitulado Adesão ao Tratamento de Crianças e Adolescentes Obesos no Ambulatório de Nutrologia Pediátrico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, observou-se que, de um total de 185 crianças e adolescentes (idade média $9,67 \pm 3,4$ anos) com sobrepeso e obesidade, atendidos em primeiras consultas realizadas no período de fevereiro de 1995 a dezembro de 2002, 124 (67%) abandonaram o tratamento. O abandono acumulado em três meses foi de 24% (44 pacientes) e em 12 meses de 50% (91 pacientes). Durante o período observado, apenas seis pacientes receberam alta por terem sido considerados “curados” de seu estado de obesidade (PARIZZI, 2004). Neste mesmo estudo, também foi observado que o risco de um paciente atendido somente pelo pediatra abandonar o tratamento era quatro vezes maior do que o risco de um paciente atendido pela equipe multidisciplinar, composta de médico, nutricionista e psicólogo. O atendimento pela equipe multidisciplinar, portanto, favoreceu a permanência do paciente no tratamento. Embora no estudo, não tenha

sido possível verificar as razões para este fato, mas considerando a obesidade um distúrbio de causalidade complexa, que exige uma condução terapêutica abrangente, supõe-se que, muitas vezes, a participação somente do médico não seja suficiente para motivar o sujeito obeso para se tratar. No entanto, outros trabalhos mostram que profissionais de saúde despreparados podem ser responsabilizados também pela desmotivação do sujeito obeso em aderir ao tratamento (BARLOW, 2007; TONIAL, 2007; MIKHAILOVICH e MORRISON, 2007). Dessa forma, subsidiados pelos resultados da pesquisa no mestrado percebeu-se a necessidade de conhecer, pormenorizadamente, a atuação dos médicos, tais como o pediatra, na abordagem da criança e adolescentes obesos, como forma de apreender e analisar seus principais impasses, lacunas e estratégias em intervir em problema tão complexo e prevalente.

Considerando o relevante papel do pediatra na prevenção e tratamento da obesidade em crianças e adolescentes, observou-se um interesse crescente na literatura em publicar estudos sobre como este profissional tem atuado nesta clínica. Nas publicações é recorrente a observação de que, apesar dos pediatras considerarem o tema importante, a maioria se sente insegura para conduzir o tratamento de obesidade, sobre o qual apresentam experiências recorrentes de fracasso (GARCINUÑO, PÉREZ, CASARES, 2008; FRANC, 2009). Uma limitação observada na metodologia da maioria destes estudos foi o uso de questionário com perguntas fechadas como instrumento de coleta de dados, por não oferecer ao profissional um espaço livre para exposição de sua própria experiência para além dos temas abordados, fato que reduz a complexidade do fenômeno estudado (TURATO, 2008).

No presente estudo, portanto, dando prosseguimento à mesma linha de pesquisa iniciada no mestrado, foram utilizados métodos qualitativos e a entrevista semi-estruturada para coleta de dados, com intuito de conhecer a experiência, concepções, práticas e principais impasses do profissional na condução do tratamento da criança e do adolescente obesos e assim contribuir para o enriquecimento da teoria acerca do tema. As entrevistas abertas possibilitam focar a atenção no profissional e consideram seu saber e as múltiplas dimensões pertinentes ao tema abordado, elencados pelo entrevistado (TURATO, 2008).

Pressupostos

Ao longo de minha experiência nos atendimentos de crianças e adolescentes com obesidade me deparei com grandes dificuldades na condução do tratamento e com a escassez de estudos na literatura que pudessem nortear nossa prática de forma mais eficaz. A baixa adesão ao tratamento era notória, destacando-se, sobretudo, o expressivo número de famílias que não retornavam às consultas agendadas de retorno, abandonando precocemente o tratamento. Ao propiciar encontros e conversas mais frequentes com os pais pude ampliar minha percepção acerca da implicação relevante dos aspectos subjetivos envolvidos tanto no desencadeamento quanto na manutenção do quadro de obesidade em crianças e adolescentes. A investigação destes aspectos passou a ocupar um lugar relevante na minha clínica, onde as crenças, história de relações familiares conturbadas e vivências dolorosas na família se correlacionavam ao aparecimento da obesidade e me instigava a procurar outros caminhos na abordagem terapêutica, dentre os quais, o atendimento interdisciplinar. Com este propósito, em 1998, me integrei como colaboradora à equipe de atendimento multiprofissional do Ambulatório de Nutrologia Pediátrico do Hospital das Clínicas da UFMG e, posteriormente, ao Ambulatório de Adolescência da mesma instituição, onde pude cursar, respectivamente, o mestrado e a especialização em Medicina do adolescente. No Ambulatório de Adolescência, foi fundamental a vivência de discussões interdisciplinares de casos clínicos, que culminavam na construção de estratégias e escolha de condutas terapêuticas singulares, que permitem a elaboração dinâmica de um saber cujo foco é o sujeito que sofre de seu sintoma. Trata-se de uma referência bem diferente das práticas aprendidas na graduação, que se baseiam em protocolos semiológicos estabelecidos a partir da formalização empírica idealizada pela ciência positivista que exclui o sujeito da clínica em favor da objetividade e da universalidade.

No presente estudo, portanto, partimos do pressuposto de que as práticas do profissional estão ancoradas na concepção de que o problema da obesidade é decorrente, simplesmente, de um desequilíbrio energético e não considera os aspectos subjetivos que influenciam os hábitos alimentares e que possam estar envolvidos na gênese e manutenção da obesidade. Desse modo, acreditamos que o tratamento da criança e do adolescente obesos, geralmente, se inicia, logo após ser

constatada uma obesidade exógena, ou seja, na ausência de uma síndrome ou doença genética para explicar a obesidade (obesidade endógena), são prescritos orientação dietética hipocalórica e incremento de atividade física, mas, muitas vezes, sem uma leitura prévia ampliada do problema. Uma condição de causalidade complexa tende a ser abordada de forma padronizada, simplista, descontextualizada e direcionada apenas às questões relacionadas à dieta, com pouca atenção aos aspectos singulares do caso, como os fatores desencadeantes, a dinâmica familiar, os aspectos emocionais, ideológicos e simbólicos inerentes à conduta alimentar do paciente obeso e de sua família (BARLOW, DIETZ, 1998; BRUSS; MORRIS; DANNISON, 2003; EPSTEIN, *et al.*, 1986; EPSTEIN; ROEMMICH; RAYNOR, 2001; FONSECA, 2001; MELO; LUFT, MEYER, 2004; RODRIGUES; BOOG, 2006; TONIAL, 2001; ZWIAUER, 2000).

Em suma, apesar dos profissionais reconhecerem o problema como complexo e multicausal, considerou-se, como hipótese neste estudo, que a maioria considera o tratamento da doença obesidade em detrimento do tratamento do sujeito obeso (paciente).

2 PERCURSO TEÓRICO

2.1 Obesidade na infância e na adolescência

A palavra “obeso” deriva-se do termo em latim *obesus* que significa “gordura em demasia”. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define obesidade como um distúrbio metabólico caracterizado pelo acúmulo anormal ou excessivo de gordura no organismo que pode levar a diversos comprometimentos para a saúde (WHO, 1998; WHO, 2009).

Na avaliação nutricional, a obesidade pode ser classificada de acordo com o grau de adiposidade em *sobrepeso* ou *obesidade*, utilizando-se medidas antropométricas, como peso e altura, que podem ser interpretados por diferentes métodos, dos quais o índice de massa corporal (IMC) tem sido cada vez mais consagrado e recomendado. Atualmente, existem várias padrões e curvas de referências de acordo com idade e sexo para interpretação dos achados de IMC, das quais as curvas da OMS têm sido as mais recomendadas.

A obesidade, na criança e no adolescente, pode afetar quase todos os sistemas orgânicos, com consequências muitas vezes graves, dentre as quais hipertensão, dislipidemia, resistência à insulina ou diabetes, doença hepática gordurosa e distúrbios pulmonares, incluindo apnéia obstrutiva do sono (WHO, 2009; HAN; LAWLOR; KIMM, 2010). As complicações psicossociais, os transtornos psiquiátricos como a compulsão alimentar, a bulimia e outros desequilíbrios emocionais, costumam estar associados às discriminações sociais decorrentes da obesidade e são cada vez mais comuns, sendo tanto mais graves quanto maior for o grau de adiposidade do indivíduo (WADDEN e STUNKARD, 1993; LEVINE *et al.*, 2001; MURTHAG *et al.*, 2006; BARLOW, 2007; HAN; LAWLOR; KIMM, 2010).

A obesidade e suas complicações alcançam níveis elevados em muitos países industrializados, mas o problema atinge também países em desenvolvimento (FRIEDRICH, 2002; WHO, 2009), sobretudo em áreas urbanas (HAN, LAWLOR; KIMM, 2010). Para a Organização Mundial de Saúde, no mundo, cerca de 300 milhões de indivíduos apresentam obesidade (WHO, 2003). Para 2010, estima-se que 43 milhões de crianças menores de cinco anos serão obesas (WHO, 2009). Em

países da Europa Ocidental as taxas de prevalência de obesidade, em adultos, variam de 10 a 40% (GUESRY, 2000). Estima-se que a prevalência de diabetes tipo 2 nas crianças obesas americanas tenha aumentado em até dez vezes nos últimos 12 anos (GORAN; GOWER, 1999; LIVINGSTONE, 2000; TERSHAKOVEC, 2002).

Atualmente, em muitos países da América Latina a obesidade é considerada o mais importante distúrbio nutricional devido ao grande aumento de sua prevalência e das doenças crônicas com ela relacionadas. Dessa forma, nas Américas, o número de indivíduos com diabetes tipo 2 foi estimado em 35 milhões para o ano 2000 e projetado para 64 milhões em 2025 (SARTORELLI; FRANCO, 2003).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde, em alguns países da América Latina como o Brasil e a Argentina, nota-se a coexistência da pobreza, da desnutrição e da obesidade em um mesmo cenário. A exposição maciça da população de baixa renda aos alimentos mais baratos de alta densidade calórica pode ser um dos fatores associados com esta situação (PAHO, 2002).

As consequências econômicas do aumento da obesidade são igualmente sérias. Estima-se que nos Estados Unidos os gastos nacionais com os custos de tratamento da obesidade e de suas complicações sejam de 5,5% a 7,0% do total das despesas com saúde e, em outros países como Austrália, Canadá, França e Portugal, sejam de 2,0% a 3,5% (THOMPSON; WOLF, 2001). Dados da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) mostram que o Brasil gasta R\$ 1,45 bilhão por ano com doenças ligadas à obesidade (ILSI, 2003). O Comitê Executivo da Organização Pan-Americana de Saúde ressalta que os custos do tratamento estão fora do alcance dos recursos financeiros dos indivíduos e dos sistemas de saúde pública, na maioria dos países de média e baixa renda (PAHO, 2003).

Quanto à etiologia, a obesidade pode ser classificada em endógena, que ocorre em pequena porcentagem dos casos (de 1 a 4%), e exógena, representada pela grande maioria. A obesidade endógena, ou secundária, é causada por doenças de origens hormonais e/ou genéticas.

O excesso de gordura no organismo é decorrente de um desequilíbrio entre a quantidade de alimento ingerido e o gasto energético. Na obesidade exógena, esse aparente “desequilíbrio” tem múltiplas causas que podem estar

relacionados com aspectos genéticos, ambientais, psicológicos e socioeconômicos, cuja complexidade pode gerar grandes dificuldades na condução do tratamento (BALABAN; SILVA, 2004). A explosão descontrolada da obesidade no mundo, portanto, não está relacionada apenas aos fatores ligados diretamente ao indivíduo, como sua herança genética e história pessoal-familiar. Fatores socioculturais e econômicos, próprios da sociedade contemporânea, interagem com as características individuais, influenciando sobremaneira a conduta alimentar, o apetite e a saciedade (DAVIDSON; BIRCH, 2001; HAN; LAWLOR; KIMM, 2010; KUMANYIKA, 2001).

Com relação à genética, existe grande dificuldade para definir até onde vai a expressão do patrimônio genético e até onde existe a influência do ambiente. No entanto, a rápida elevação da obesidade, nos últimos anos, ocorreu num período curto demais para permitir atribuí-la a quaisquer mutações genéticas significativas nas populações. Geralmente, os genes envolvidos no ganho de peso aumentam a susceptibilidade das pessoas a ganharem gordura quando expostas a fatores ambientais de risco, mas, raramente eles determinam diretamente o ganho excessivo de gordura (LIVINGSTONE, 2000; BARLOW, 2007). Assim, os modelos que atribuem origem genética à obesidade, embora importantes, não têm até o momento nenhuma aplicabilidade prática, estando restrito ao terreno experimental. A prática clínica tem mostrado que o componente genético é indiscutível, mas é muito difícil separá-lo do contexto familiar e cultural em que a pessoa se desenvolveu ou vive e que tanto influencia o hábito alimentar (LIVINGSTONE, 2000; FELIX; SILVA, 2003; BARLOW, 2007; HAN; LAWLOR; KIMM, 2010). Neste sentido, o comitê técnico da Academia Americana de Pediatria (AAP) enfatiza a relevância da contribuição do ambiente no desenvolvimento de obesidade em pessoas geneticamente susceptíveis e ressaltam de forma contundente que “a genética não é o destino” (BARLOW, 2007).

Por outro lado, acredita-se que vários programas de prevenção de obesidade fracassaram porque suas orientações foram direcionadas apenas para o indivíduo, desconsiderando as mudanças necessárias no contexto sócio-ambiental (DAVIDSON; BIRCH, 2001; HAN; LAWLOR; KIMM, 2010; KUMANYIKA, 2001). Para o entendimento dos fatores que contribuem para a obesidade na criança e no adolescente é fundamental, portanto, a compreensão de a história pessoal familiar

inserida no contexto socioeconômico e cultural da sociedade contemporânea (DAVIDSON, BIRCH, 2001).

O aumento da prevalência da obesidade no mundo deixa aflorar o resultado da adaptação humana à revolução social, industrial, tecnológica e, mais recentemente, da ação massificadora dos meios de comunicação que vem ocorrendo de maneira globalizada e intensiva nas últimas décadas (FONSECA; PEREIRA, 1997; ANDRADE; BOSI, 2003; FONSECA *et al.*, 2008). A globalização, a despeito da vontade ou percepção dos indivíduos, condiciona os hábitos de vida, alterando profundamente os costumes, valores e relações com o trabalho, vida familiar e o lazer. De forma que, embora o desenvolvimento tecnológico tenha contribuído de maneira impressionante para a prosperidade e qualidade de vida da população mundial, o processo de globalização trouxe também um rastro de efeitos colaterais indesejados e imprevistos. A sociedade globalizada, cujo crescimento econômico depende do aumento da produção e da criação constante de novos produtos, enfatiza o consumo e seus prazeres imediatos, o modismo massificado e padronizado, o descartável (FONSECA; PEREIRA, 1997; FONSECA *et al.*, 2008; FREITAS; 2009). O homem é invadido insistentemente por uma eclosão de objetos ofertados pela mídia, sem o seu controle. Na TV, as imagens intencionais transmitidas no horário comercial são consumidas “inocentemente” pelo público, em um momento em que ele está com a mente relaxada e desprevenida aguardando o programa de seu interesse. Utilizando uma mão invisível, imperceptível, a mídia introduz novos hábitos, crenças e sistema de valores (ANDRADE; BOSI, 2003; FONSECA *et al.*, 2008; KUMANYIKA, 2001).

Quanto maior a massificação e os desejos padronizados em relação a determinado estilo (de corpo ideal, de tecnologia e de vestimenta), maior a possibilidade de venda em uma sociedade de consumo (ANDRADE; BOSI, 2003). Dessa forma, a pressão da mídia pelo consumo da forma física e do corpo remodelado tem sido cada vez maior (ANDRADE; BOSI, 2003; FREITAS, 2009; SEIXAS, 2009). Hoje, o corpo magro é o objeto de consumo mais desejado principalmente pela mulher, mas cada vez mais pelo homem, que o deseja magro, sem gordura, porém corpulento (SEIXAS, 2009; TONIAL, 2001). Observa-se, cada vez mais, que emagrecer tornou-se uma missão e uma obrigação, principalmente entre as mulheres (SEIXAS, 2009). O paradoxo disso é que quanto mais o homem

deseja o modelo padronizado de magreza mais difícil é para ele manter-se magro (ANDRADE; BOSI, 2003; CONSENSO, 1998). A sociedade contemporânea é uma grande incentivadora do ganho de peso, ao mesmo tempo em que exige a magreza como ideal de beleza. Andrade e Bosi (2003, p.120) salientam que a mesma sociedade que “fabrica” o obeso, também o rejeita:

[...] Nas sociedades ocidentais contemporâneas, o preconceito contra a obesidade é, sem dúvida, muito forte. O culto à magreza está diretamente associado à imagem de poder, beleza e mobilidade social, gerando um quadro contraditório, “esquizofrenizante”, tendo em vista que, através da mídia escrita e televisiva, a indústria de alimentos vende gordura, com o apelo aos alimentos hipercalóricos, enquanto a sociedade cobra magreza [...].

Para manter seu poder aquisitivo, o homem concentra esforços no crescimento profissional, num aperfeiçoamento contínuo para manter-se no processo de trabalho em mercados cada vez mais competitivos que exigem produtividade e eficiência (FONSECA et al., 2008; OUTEIRAL, 2007). Atualmente, cada vez mais mulheres mantêm empregos extenuantes em período integral para cobrir despesas do orçamento familiar (FREITAS, 2009; PIZZINATO, 1992). Atoladas em inúmeras tarefas, tendem a reduzir o tempo disponível para o cuidado, diminuindo, principalmente, o tempo e a disposição dedicados à convivência familiar (FONSECA et al., 2008; FREITAS, 2009; PIZZINATO, 1992). Assim, um dos aspectos antropológicos que caracterizam as relações contemporâneas é o fenômeno do *declínio do convívio*. Anteriormente, não se sentava à mesa antes da família estar toda reunida e fazia-se questão do almoço e jantar em família (FONSECA et al., 2008; FREITAS, 2009; PIMENTA FILHO, 2003). No entanto, hoje se come cada vez mais sozinho. Os *fast-foods* são o protótipo da vida contemporânea, que tem como marca o consumo solitário e sem tempo de um alimento pré-fabricado (PIMENTA FILHO, 2003). Esta ausência de convívio não é devidamente reparada e observa-se que mais atenção tem sido dada aos problemas financeiros, do que às perdas afetivas resultantes do pouco convívio familiar (CRESPO, 2008; FREITAS, 2009; PIZZINATO, 1992). Os pais têm cada vez menos disponibilidade de tempo para o desenvolvimento de atividades ligadas ao cuidado da família e lazer (passeio e esportes em parques, clubes, praças), às artes, à culinária ou a qualquer outra atividade que possa, ao mesmo tempo, ser um

estímulo para o desenvolvimento integral de seus filhos. Estes, aos poucos, vão incorporando em suas vidas a referência do comportamento compulsivo dos pais pelo ter e fazer; o vazio gerado pelo pouco acolhimento que recebem é, com frequência, compensado pelos excessos de comida, de bebida, de videogames, de TV, etc. (FREITAS, 2009; PIZZINATO, 1992; SEIXAS, 2009).

Os alimentos, por serem de consumo obrigatório e universal, constituem um setor estratégico da economia mundial globalizada. Neste setor se aplicam poderosas estratégias de *marketing* que atingem tanto ricos quanto pobres, até nos locais mais recônditos (TONIAL, 2001). Durante o horário de programas infantis na TV, 53% das propagandas transmitidas são relacionados com alimentos infantis industrializados (ALMEIDA; NASCIMENTO; BOLZAN, 2002; MELLO; LUFT; MEYER, 2004; TONIAL, 2001). A indústria e o comércio apresentam as alternativas “práticas e modernas” adaptadas às condições urbanas atuais, delineando novas modalidades na maneira de comer e do que comer: nota-se cada vez mais uma expansão do consumo exagerado de alimentos com grandes densidades energéticas, ricos em gordura e em açúcar refinado simples, e uma diminuição no consumo de carboidratos complexos e de fibras alimentares (FONSECA et al., 2008; GARCIA, 2003; TONIAL, 2001). As indústrias alimentícias, amparadas pela mídia, definem não só a qualidade, mas também a quantidade de alimento ingerido (FONSECA et al., 2008; KUMANYIKA, 2001). No comércio alimentício as porções individuais dos alimentos comercializados são também cada vez maiores (GARCIA, 2003).

No ambiente urbano houve perda da qualidade de vida pela expansão desordenada e não planejada das cidades, onde se evidencia o sedentarismo como o *estado natural* da população. Nota-se, por exemplo, ausência de ciclovias, de espaços seguros para pedestres e de áreas adequadas para o lazer. Além disso, a tecnologia, ao trazer facilidades para o homem como os elevadores, os veículos automotivos, o lazer na frente da TV, os computadores, os telefones, as comunicações via-internet e outros dispositivos tecnológicos, tornou-o ainda mais sedentário (FONSECA et al., 2008; PAHO, 2003). Estudos mostram, por exemplo, que a necessidade energética dos britânicos reduziu cerca de 750 kcal por dia no período de 1970 a 1990 (KUMANYIKA, 2001).

Com relação aos aspectos relacionados com o microambiente, que influenciam o desenvolvimento da obesidade, o primeiro contato fisiológico da criança com o ambiente é no útero. Antes do nascimento, tanto desnutrição quanto o sobrepeso materno durante o primeiro e segundo trimestres da gravidez estão relacionados com desenvolvimento de obesidade futura (MAFFEIS, 2000). O excesso de tecido adiposo materno parece ser capaz de comprometer a programação metabólica fetal, predispondo futuramente os filhos à obesidade e ao diabetes (HAN; LAWLOR; KIMM, 2010; MATAR et al., 2009; WHITAKER, 2004). A exposição à hiperglicemia e a hiperinsulinemia durante a gravidez também foi relacionada com desenvolvimento da obesidade futura em filhos de mães diabéticas (MAFFEIS, 2000).

Após o nascimento, vários fatores podem influenciar positiva ou negativamente o desenvolvimento da obesidade. Embora o tema ainda seja controverso (HAN; LAWLOR; KIMM, 2010), muitos estudos demonstram que o aleitamento materno pode ser um importante fator de prevenção da obesidade. Verificou-se que quanto maior o tempo de aleitamento, maior seria a proteção (BALABAN; SILVA, 2004; GILLMAN, 2002). Este possível efeito protetor pode ser devido a um *imprinting* metabólico. O termo *imprinting metabólico* descreve “um fenômeno através do qual uma experiência nutricional precoce, atuando durante um período crítico e específico do desenvolvimento, acarretaria efeitos duradouros, persistentes ao longo da vida do indivíduo, predispondo-o ou protegendo-o de determinadas doenças” (BALABAN; SILVA, 2004, p.12). Em estudo sobre fatores de risco para o desenvolvimento de obesidade em adolescentes, foi verificado que aqueles que na primeira infância foram amamentados por um período inferior a dois meses tinham um risco 1,53 maior de ser obeso ou ter sobrepeso em relação aos que amamentaram por período superior (NEUTZLING; TADDEI; GIGANTE, 2003).

O êxito na amamentação está muito relacionado com um forte vínculo mãe-filho no primeiro ano de vida. A confiança proveniente da presença materna e a certeza dos seus cuidados, uma vez introjetadas pela criança, tornam-se uma base harmoniosamente segura sobre a qual se assentam todas as fases posteriores de seu desenvolvimento psíquico. A mãe que oferece alimento em resposta aos sinais indicadores das necessidades nutricionais da criança permite que esta desenvolva, gradualmente, a capacidade de diferenciar a fome como sensação distinta de outras

tensões ou necessidades internas. É possível que nessa situação as chances da obesidade se instalar sejam pequenas (NOBREGA; CAMPOS; NASCIMENTO, 2000; PIZZINATO, 1992).

Ao contrário, falhas no estabelecimento da relação mãe-filho podem interferir negativamente na formação da estrutura psíquica do indivíduo. Mães com sentimentos ambíguos em relação à maternidade, por exemplo, podem experimentar sentimentos conflituosos, tornando a gestação indesejável. Após o nascimento, com frequência surgem sentimentos de culpa e de rejeição inconscientes, que podem interferir na conduta alimentar da mãe. Com frequência esses sentimentos podem se expressar em uma motivação insistente para superalimentar o filho seja para compensar a rejeição inicial, seja para “provar” para a sociedade a sua condição de boa mãe. Nestas situações, o alimento costuma ser oferecido de forma indiscriminada, faltando a sensibilidade para distinguir as reais necessidades da criança como a fome, a saciedade, o frio, o calor, o sono, etc. Aos poucos, a percepção fisiológica de saciedade de criança é substituída pela saciedade do outro, ou seja, a mãe que superalimenta ensina ao filho que ele precisa comer tanto quanto ela precisa para se satisfazer emocionalmente. A criança tende a associar sentimentos de frustração ou desconforto à ingestão alimentar, como uma compensação para seus problemas emocionais, perdendo sua autonomia e autoconfiança para responder positivamente às tensões e frustrações com as quais se depara no seu cotidiano. Assim, a obesidade pode evoluir também após distúrbios psicológicos reacionais, como estresse por cirurgias, tratamentos médicos, hospitalizações, e aqueles corriqueiros no cotidiano de muitas famílias como ciúmes de irmãos, problemas escolares, conflito entre os pais (NOBREGA; CAMPOS; NASCIMENTO, 2000; PIZZINATO, 1992).

A conduta alimentar das mães e os sentimentos inerentes às suas condutas podem desempenhar um papel especialmente importante no desenvolvimento do controle de ingestão de alimentos dos filhos, principalmente das filhas. Pesquisas mostram que quanto mais excessivo é o controle materno para restringir a quantidade de alimentos ingeridos e o acesso aos alimentos pelos filhos, mais dificuldade eles terão para auto-regular a sua ingestão. Acredita-se que a percepção pelos pais de que seus filhos estão ganhando peso pode ser um fator de risco para que eles desenvolvam o estado de obesidade. Da mesma forma, pais que

apresentam grande dificuldade em controlar seu próprio peso acreditam que seus filhos também não possam fazê-lo, e aumentam a vigilância em cima das crianças. As estratégias que os pais utilizam para ensiná-las a alimentar como cobranças e restrições alimentares inadequadas podem, inadvertidamente, promover o gosto de seus filhos por alimentos densamente calóricos, promovendo o ganho de peso (BIRCH; FISHER, 2000; CUTTING et al., 1999; FISHER; BIRCH, 1999; RAMOS; STEIN, 2000).

Outros estudos mostram que a prevalência de sobrepeso na criança é maior se ela é o primeiro filho, se vive somente com o pai ou com a mãe, se a mãe trabalha fora de casa e se a idade materna ao nascimento é menor ou igual a vinte anos (DRACHLER et al., 2003; LIVINGSTONE, 2000). A prevalência de obesidade parece ser menor quanto maior o número de crianças na família, isto é, famílias grandes pode ser fator de proteção contra obesidade (DRACHLER et al., 2003; LIVINGSTONE, 2000).

Crianças, cujos pais possuem baixa renda e baixa escolaridade, apresentam maiores chances de desenvolvimento de obesidade. Para Davidson e Birch (2001), o fato de frequentemente morarem em locais onde o índice de criminalidade seja alto, faz com que os pais, por motivo de segurança, as deixem trancadas em casa, assistindo à TV. Tonial (2001) já argumenta que a obesidade no pobre, muito mais que falta de informação, é fruto da busca pela comida economicamente acessível, porém, de baixo valor nutritivo, que aplaca a fome e proporciona sensação de saciedade.

Conhecimentos sobre aspectos relacionados com a percepção de saciedade são de grande aplicabilidade prática no tratamento da obesidade. Iniciada a refeição, ocorre uma progressão de respostas fisiológicas e psicológicas e, se tudo correr dentro da normalidade, essas respostas induzem ao estado de saciedade, levando a interrupção da ingestão de alimentos. A quantidade de alimento ingerida depende de fatores fisiológicos e cognitivos da pessoa e dos conteúdos energético e nutricional dos alimentos. A capacidade de saciar-se está diretamente relacionada com a maneira como a pessoa se alimenta e saboreia o alimento; relaciona-se, portanto, com o grau de atenção dedicado ao ato de comer. O hábito de saborear detalhadamente cada porção de alimento colocado na boca amplia as sensações bucais, tornando possível a sensação do paladar, talvez o único componente

consciente da saciedade e, portanto, passível de observação, treinamento e desenvolvimento. A sensação do paladar é resultado de uma interação neuroquímica entre os alimentos e a língua, um somatório de sensações gustativas e olfatórias podendo ser considerada um dos principais fatores que contribuem para a saciedade (FONSECA *et al.*, 2001; FONSECA; SILVA; FÉLIX, 2001). A percepção de saciedade é influenciada por fatores culturais, costumes e de convenções sociais que modificam de modo significativo os determinantes fisiológicos. Dessa forma, a fome e a saciedade são uma das mais complexas sensações que um ser humano pode experimentar – um somatório de sensações fisiológicas, emocionais e simbólicas (FONSECA *et al.*, 2001). O estilo de vida apressado da sociedade contemporânea é incompatível com o saborear detalhado (FONSECA; SILVA; FELIX, 2001), de forma que, o homem moderno, ao comer de forma apressada, diminui cada vez mais a capacidade de degustar e de saciar.

A infância tem sido considerada importante oportunidade para prevenir e tratar a obesidade, considerando que os hábitos alimentares são formados nesse período (BARLOW; DIETZ, 1998; BARLOW, 2007; HAN; LAWLOR; KIMM, 2010; SBP, 2008). No entanto, de acordo com a Academia Americana de Pediatria (AAP), a ciência continua com muitas lacunas com relação às definições do tratamento mais eficaz. Acreditam que, em virtude da complexidade envolvida na causalidade da obesidade, muitos estudos ainda serão necessários para identificar estratégias de intervenção realmente eficazes de prevenção e de tratamento (BARLOW, 2007).

Atualmente, existe forte convicção de que o tratamento deva considerar o contexto familiar no qual a criança está inserida. A dinâmica familiar pode contribuir muito para o desenvolvimento da obesidade em crianças e, também, para o insucesso do tratamento dietético. As abordagens terapêuticas que incluíam orientações às mudanças de condutas dos pais demonstraram resultados, em curto e longo prazo, muito melhores do que em outras abordagens, cujas recomendações se limitaram às orientações nutricionais (BARLOW, 2007; EPSTEIN *et al.*, 2001; GOLAN *et al.*, 1998; SILVEIRA, 2008; SBP, 2008). Ao se definir as bases do tratamento da obesidade, é recomendado estabelecer objetivos e intervenções que consideram a singularidade de cada família, a idade dos pacientes, grau de obesidade e presença de comorbidades (BARLOW, 2007).

Epstein *et al.* (1998) mostram, em estudos compilados, uma variedade de orientações nutricionais usados em diversos tratamentos de crianças e adolescentes obesos, com diferentes resultados em curto e longo prazo. Estudos que usaram dietas muito restritivas, de 600 a 900 kcal, obtiveram inicialmente uma rápida perda de peso, que não se manteve posteriormente (EPSTEIN *et al.*, 1998). Por outro lado, salientam que o resultado do tratamento dietético depende muito das abordagens complementares presentes na abordagem terapêutica. Autores que usaram uma combinação de exercícios físicos, terapia cognitivo-comportamental e reeducação alimentar junto com orientação aos pais, obtiveram significativas mudanças no padrão alimentar da família, com redução importante e duradoura (de cinco a 10 anos) do peso de seus pacientes. Para os autores, a reeducação alimentar consistia, basicamente, na orientação para equilibrar a dieta da família evitando-se, no cotidiano, alimentos que concentram grande teor de gordura e de carboidratos simples e pequena densidade de micronutrientes (vitaminas e sais minerais) por caloria. A terapia cognitivo-comportamental, referida acima, consta da análise funcional do comportamento do paciente obeso e de seus pais, para identificar e modificar eventos relacionados ao ato de comer, à prática de atividade física ou pensamentos relacionados com a alimentação e manutenção da obesidade. Para o comitê técnico do Consenso Latino Americano em Obesidade, a psicoterapia cognitivo-comportamental, embora obtenha resultados importantes, apresenta limitações quanto à manutenção da perda de peso em longo prazo. Seixas (2006), a partir da psicanálise, salienta que a terapia cognitivo-comportamental, ao tentar controlar o pensamento do sujeito obeso com intuito de mudar seu comportamento que promove o ganho de peso, deixa-o à margem de seus conflitos psíquicos implicados na obesidade (SEIXAS, 2009), não sendo por isso efetiva. Sales (2006), na perspectiva da teoria sistêmica, também questiona a eficácia da terapia cognitivo-comportamental, por não aprofundar nos aspectos que sustentam a obesidade no sistema familiar. Infelizmente, estudos comparam os efeitos de diferentes abordagens terapêuticas no campo da psicologia e da psicanálise no tratamento da criança e adolescentes obesos ainda são escassos, sendo ainda uma lacuna verificada na literatura que precisa ser preenchida.

Em estudo israelense experimental controlado com 30 pares de crianças obesas com idade de seis a 11 anos, Golan *et al.* (1998) verificaram que o

tratamento é muito mais eficaz, inclusive em longo prazo, quando apenas os pais recebem instruções de como cuidar e ajudar seus filhos obesos. Nesta abordagem, na qual os pais se colocam como agentes únicos de mudança, a criança não foi diretamente envolvida no tratamento e seu emagrecimento é fruto da mudança de conduta dos pais. Dessa forma, os autores acreditam que emocionalmente as crianças ficam preservadas, condição importante para que elas não se tornem resistentes ao tratamento. Na visão dos autores do presente estudo, acredita-se que, a abordagem somente dos pais possibilita que eles ampliem a percepção acerca dos motivos que levam o filho a engordar, tornando-os mais seguros para atuar no problema de forma efetiva. Evita-se, assim, que os pais se eximam da responsabilidade que lhes cabe, culpabilizando os filhos pelo problema da obesidade, fazendo restrições e cobranças inadvertidas aos mesmos, o que somente reforça a ingestão excessiva de alimentos e não os permite desenvolver a habilidade de auto-regular a ingesta alimentar (BIRCH; FISHER, 2000; RHEE *et al.*, 2005).

O Comitê de Nutrição da Academia Americana de Pediatria (AAP) compartilha desta opinião ressaltando que os clínicos podem influenciar os hábitos das crianças por meio de sensibilização e motivação dos pais, para que estes usem sua autoridade de forma eficaz. Dessa forma, para as crianças muito jovens, os clínicos devem centrar a discussão sobre o comportamento dos pais. Acrescentam que a criança se torna ressentida, discriminada e resistente ao tratamento quando todas as exigências pelas mudanças de comportamento recaem sobre ela (BARLOW; DIETZ, 1998).

A maior independência dos adolescentes significa que os clínicos devam discutir os comportamentos de saúde diretamente com eles, embora caiba aos médicos incentivar os pais para tornar o ambiente familiar o mais saudável possível (BARLOW, 2007; FERREIRA *et al.*, 2005).

Alguns estudos demonstram que os caminhos pelos quais os médicos orientam seus pacientes com o objetivo de ajudá-los a realizar as mudanças no seu estilo de vida podem ser de crucial importância para que o paciente se sinta motivado e consiga manter os resultados obtidos no tratamento (MUSTAJOKI; PEKKARINEN, 1999). Para a AAP o controle rígido, como recomendações fixas de dietas e de programas de exercícios físicos, quase sempre não promove mudanças

permanentes no estilo de vida (BARLOW, 2007). Ao contrário, estas intervenções, na maioria das situações, se mostram insustentáveis, pois partem do pressuposto de que os indivíduos estarão dispostos a realizar mudanças de comportamento alimentar a partir de uma simples prescrição de dieta e atividade física (TORAL; SLATER, 2007). Acredita-se, portanto, que uma abordagem centrada nos pacientes e familiares, na qual o médico oferece informações e alternativas para que eles possam ter suas decisões e escolhas, seja muito mais efetiva (BARLOW, 2007; BROTONS et al., 2005; TORAL; SLATER, 2007). Nesta abordagem, a menor mudança deve ser encorajada, embora muitas vezes ela não seja tão completa quanto o profissional esperava (BARLOW, 2007). Neste sentido, é fundamental que a família e o filho obeso sejam reconhecidos pelo profissional como únicos em sua singularidade e que as recomendações sejam talhadas especificamente para cada família, construídas a partir dos seus valores, crenças e de seus desejos e demandas (BARLOW, 2007).

É importante ressaltar que, para o comitê técnico da AAP, qualquer dificuldade, “resistência” ou falta de motivação para mudanças por parte das famílias, devam ser cuidadas pelo profissional de forma empática, evitando-se sempre repreensões ou confrontos carregados de julgamentos - as chamadas “brincas”, mesmo quando o quadro for grave, apresentando-se com comorbidades importantes e, por isso, preocupando o médico. Recomendam que o profissional não desista, mas continue se dedicando com persistência ao trabalho de envolvimento das famílias. Aconselham que o profissional investigue as prováveis razões para uma “suposta” resistência ou falta de motivação das famílias, procurando oferecer suporte adequado, com participação, se necessário, de outros especialistas no processo terapêutico: como exemplo, uma assistente social poderia ajudar a resolver problemas decorrentes de limitações financeiras, um psiquiatra poderia ajudar uma mãe que se encontra com quadro de depressão e uma terapia familiar poderia ser útil para as famílias, cujos pais encontram-se em processo de separação (BARLOW, 2007), situações que podem desencadear ou manter obesidade. Para aprimoramento das habilidades de atendimento nutricional às famílias, a AAP também recomenda que os profissionais recebam na graduação e pós-graduação, formação por meio de programas educacionais que ensinam técnicas de abordagem. Estas técnicas os ajudariam a desenvolver habilidades para motivar os

pais, de modo que estes possam se deslocar por progressivos estágios de mudanças, até atingirem o ápice, quando estariam mais ativos e seguros para efetivar mudanças que privilegiam o tratamento (BARLOW, 2007), no tempo possível de cada um. Acredita-se que estes progressivos estágios de mudanças ocorram na medida em que os profissionais permitam que surjam na clínica os desejos e as **verdadeiras demandas** de tratamento trazidas pelos pais e seus filhos (BARRETO, 2010; FERREIRA; FONTES, 2010).

Muitas vezes, aprisionado à técnica, aos protocolos e às normas, o profissional, na ânsia de curar a obesidade e reduzir as morbidades correlacionadas, utiliza-se de uma postura de quem *“ocupa um lugar do saber, daquele que sabe respostas para as demandas do paciente”* (FERREIRA, FONTES, 2010, p.21). Não são suficientemente cautelosos para escutar e refletir sobre os desejos e demandas que advêm de cada sujeito (FIGUEIREDO, 2010). No furor pela cura da “doença”, o profissional suprime o sujeito do âmbito da clínica, para quem tem respostas apenas científicas:

[...] O médico ocupa o lugar do saber, daquele que sabe respostas para as demandas do paciente. Ele detém um saber científico e técnico, tem o auxílio de poderosos recursos, sustenta-se em protocolos, em guidelines, na medicina fundamentada em evidências. A ele compete dar respostas e solução àquilo que molesta o paciente. Para o médico, no lugar de agente, de sujeito, o paciente ocupa o lugar de objeto, devendo informar suas queixas com precisão, falar de sua moléstia e revelar seus sinais e sintomas. O médico busca uma resposta científica, técnica, para resolver as queixas e os anseios do paciente. Por esse caminho, muitas coisas serão resolvidas, mas na vida concreta nem tudo vai tão bem. A mãe continua reclamando, insegura, chorosa. O obeso continua obeso. O rapazinho diabético não segue o protocolo e seu diabetes está cada vez mais descontrolado. [...] Nessas situações, estabelece-se um desconforto intenso na relação médico-paciente, que “felizmente” para ambos, termina se rompendo, ou será resolvido pelo encaminhamento a outro profissional. Entretanto, a história quase sempre continuará em outro lugar [...] (FERREIRA; FONTES, 2010, p.21).

Neste sentido, segundo Ferreira e Fontes (2010), seria relevante enfatizar no ensino médico, conteúdos humanísticos que possibilitariam o aprimoramento da relação médico-paciente. Estes continuam apenas à margem do curso médico e não atinge o núcleo central da formação médica (FERREIRA, FONTES, 2010; ISMAEL, 2002). Permanece o discurso que se sustenta na cientificidade e objetividade e, exclui, conseqüentemente, a subjetividade do paciente. Para Clavreul (1983), o

discurso médico, ao deixar de lado o sujeito doente, também exclui a pessoa do médico, o qual desaparece frente à objetividade exigida pela ciência. Este fato, por sua vez, despossui o doente de sua doença e coloca, tanto o médico quanto o paciente, numa condição de alienação frente à ciência (CLAVREUL, 1983 apud MORAIS; REI ; NICOLAU, 2009). Nesse sentido, sobre as perdas que os médicos têm por excluir a subjetividade do paciente, Moretto (2001, p.69) afirma:

[...] que o discurso médico tem uma função silenciadora em que a fala do sujeito é ouvida para ser descartada. Os médicos prestam muito pouca atenção ao que dizem os pacientes a respeito de seus sintomas, imaginando que não podem tirar nenhum proveito disso [...] porque o discurso médico não teria como codificar o sofrimento subjetivo do sintoma, o lugar em que o sintoma ocupa no psiquismo [...].

Com relação ao uso de medicamentos no tratamento, muitos autores têm enfatizado a necessidade de uso de medicação anti-obesidade como adjuvante no tratamento, quando o paciente não obtém o resultado esperado por meio de recomendações de mudanças na alimentação e na atividade física ou quando comorbidades já estão instaladas (GODOY-MATOS et al., 2009). No entanto, como citado acima, se na conduta terapêutica proposta ao indivíduo obeso for enfatizado apenas a correção do desequilíbrio energético, por meio de dieta e atividade física, deixando o sujeito à margem deste processo, o acréscimo da medicação anti-obesidade, dificilmente resultará em melhora nos resultados terapêuticos (SEIXAS, 2009). Para a SBP (2008), a recomendação de fármacos para obesidade deve ser criteriosa e deve considerar que o uso de medicamentos é apenas um recurso a mais, dentro de um conjunto de outras medidas que precisam ser tomadas, uma vez que sempre existe a possibilidade de efeitos colaterais e riscos potenciais à saúde. Recomendam que a medicação deva ser prescrita nos casos de pacientes com *“comer compulsivo entendido, de forma simplificada, como um distúrbio psicológico que leva a pessoa a comer sem parar, independentemente de ter fome”* (SBP, 2008, p.51), que apresentam distúrbios psicológicos graves. Salientam que a investigação sobre a presença de fatores emocionais que possam estar contribuindo para desenvolvimento da obesidade sempre deve ser realizada (SBP, 2008) e que o uso sistemático de medicação pode levar o paciente a acreditar no uso de fármacos como o único caminho possível para o tratamento de a obesidade (SBP, 2008; SEIXAS, 2009).

Atualmente, discussões relativas à segurança das medicações antiobesidade têm sido recorrentes na mídia, estando ainda mais acirradas no último ano, a partir da publicação de estudo longitudinal, duplo cego, que aponta efeitos colaterais importantes com o uso de Sibutramina, que culminou com a retirada deste fármaco do mercado europeu (JAMES *et al.*, 2010). O estudo indicou que o risco de desenvolver enfermidades cardiovasculares aumenta em 16% nos pacientes que utilizaram o medicamento, quando comparados àqueles tratados com placebo. No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) vem anunciando alertas à população com relação aos riscos do uso de drogas para obesidade, declarando a possibilidade, inclusive, de proibição da comercialização de todas as drogas que atuam no sistema nervoso central, dentre as quais a sibutramina e os derivados de anfetamina (femproporex, dietilpropiona e mazindol). A prescrição de sibutramina, desde 2010, já vem sendo controlada pela ANVISA e só pode ser realizada, por meio do receituário azul, para pacientes adultos. Estas questões têm sido debatidas na mídia por diversas entidades médicas, que apresentam posições contrárias à proibição da ANVISA, sob a alegação de que a falta das drogas deixarão desamparados os pacientes obesos que não aderem ao tratamento convencional - entendido como orientações para mudanças no estilo de vida com alterações na dieta e atividade física - e deixarão os médicos sem autonomia e alternativas de tratamento (Associação Médica Brasileira – AMB, Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia - SBEM, Associação Brasileira de Estudos Sobre Obesidade - ABESO, Associação Brasileira de Nutrologia – ABRAN, Conselho Federal de Medicina - CFM). Para a ANVISA, no entanto, a retirada da sibutramina e a restrição do uso de anfetaminas na Europa, em nada alteraram a situação da obesidade neste continente, o que demonstra a necessidade dos profissionais refletirem sobre a ilusão de uma prática que pretende curar o paciente obeso de uma condição de múltiplas causas. É importante, inclusive, considerar que o uso indiscriminado de medicação para obesidade, cuja eficácia tem sido também questionada, pode estar trazendo muito mais benefícios para as indústrias farmacêuticas, do que para os próprios pacientes obesos (CORREIO DO ESTADO, 2011; ISAUDE.NET, 2011).

Considerando a complexidade inerente ao tratamento da obesidade, a experiência demonstra que as estratégias de ação precisam ser pensadas no âmbito

individual, mas também no âmbito coletivo, pela justificativa de que vários programas terapêuticos e de prevenção de obesidade fracassaram porque suas orientações foram direcionadas apenas para o indivíduo, desconsiderando as mudanças necessárias no contexto sócio-ambiental (BARLOW, 2007; DAVIDSON; BIRCH, 2001; HAN; LAWLOR; KIMM, 2010; KUMANYIKA, 2001). Os cuidados de saúde centrados no indivíduo podem ser potencializados com o desenvolvimento de políticas na saúde pública que disponibilizam programas de promoção da saúde na comunidade e escolas, além de criação de leis que definam mudanças na publicidade de alimentos direcionadas para crianças e adolescentes (BARLOW, 2007; HAN; LAWLOR; KIMM, 2010; WHO, 2009). Dessa forma, no âmbito coletivo o desafio para reverter o aumento da prevalência da obesidade vem exigindo múltiplas estratégias de ações dos gestores públicos de saúde em diversos países, orientadas pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1998; WHO, 2003).

Investimentos na prevenção e tratamento precoce ainda na infância e adolescência são preconizados na literatura e diversos guias e manuais técnicos assistenciais com diretrizes para ações de prevenção e tratamento da obesidade estão sendo disponibilizados para subsidiar profissionais de saúde em diversos países.

Nesse sentido, no Brasil, diversas iniciativas na política pública estão sendo realizadas para redução da prevalência de obesidade, como a criação, em 1999, da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), que visa, entre outros propósitos, a promoção de práticas alimentares e modos de vida saudáveis, configurando, especialmente, a prevenção e o tratamento da obesidade como uma prioridade e um desafio (BRASIL, 2003). Como consequência foi publicada pelo Ministério da Saúde, o Plano Nacional para promoção da Alimentação Adequada e Peso Saudável, com mensagens de incentivo a hábitos de vida e alimentação saudável, principalmente para promoção de saúde. A reorganização dos serviços de saúde também está sendo implementada com propostas e estratégias de ações programáticas para a obesidade na atenção primária. Em 2006, foi publicado o Caderno de Atenção Básica pelo Ministério da Saúde, com o tema obesidade, com o objetivo de subsidiar profissionais de saúde da atenção básica da rede SUS, sobretudo do Programa Saúde da Família (BRASIL, 2006). É importante salientar que o Programa Saúde da Família (PSF), criado no Brasil desde 1994 pelo

Ministério da Saúde, tem a missão de garantir a integralidade do cuidado e, para isso, disponibiliza recursos adicionais à APS para o desenvolvimento de estratégias de promoção à saúde (SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005). A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) foi motivada pela:

[...] necessidade de substituição do modelo assistencial historicamente centrado na doença e no cuidado médico individualizado por um novo modelo sintonizado com os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção. O indivíduo deixaria de ser visto de forma fragmentada, isolado do seu contexto familiar, social e de seus valores e para que seja possível o desenvolvimento de novas ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas (BRASIL, 2000, p.9, apud SCHERER; MARINO; RAMOS 2005, p 56

Sendo a obesidade um grave problema de saúde pública, a literatura médica frequentemente utiliza, quando se refere à importância em reduzir a prevalência da obesidade, expressões bélicas nos artigos sobre o tema, com intuito de ressaltar a necessidade de estarem todos unidos, isto é, “convocados para uma guerra” contra obesidade. Assim, são recorrentes as expressões “*avanço*” e “*ameaça*” da obesidade, “*combate e luta*” contra obesidade, “*vencer*” a obesidade, profissionais na “*linha de frente*” contra a obesidade, na tentativa de sensibilizar profissionais e organizações de saúde sobre a importância de uma política eficaz para redução desta epidemia. No entanto, apesar da relevância do tema, a ideia veemente de guerra contra obesidade pode estar reforçando os ideais de beleza do corpo magro, impostos pela sociedade contemporânea de consumo, por meio de uma aliança – perversa – entre a ciência e o capitalismo. Com a justificativa de que, em tempos de guerra, os fins justificam os meios no combate ao “inimigo”, abre-se caminho para uma verdadeira frente lipo-fóbica. Na clínica prioriza-se no tratamento o emagrecimento a qualquer preço, justificada pelo ideal da cura propagado pela guerra, por meio de prescrições abusivas de produtos oferecidos pela ciência, como medicamentos antiobesidade, produtos alimentícios *diet* e *light*, dentre outros. Esta visão reducionista do problema, sem cautela e tempo suficiente para uma elaboração e visão ampliada de sua causalidade, deixa à margem no tratamento a escuta qualificada do indivíduo obeso que permite abrir espaço para a sua subjetividade, com riscos de provocar mais danos do que benefícios e estigmatizando ainda mais o sujeito obeso.

Observa-se que em vários espaços da sociedade – até mesmo dentro dos consultórios médicos - o obeso passa a ser um alvo fácil, “atacado” pela discriminação e recriminação, por não estar cumprindo seu dever na guerra com as táticas “iguais para todos” e já conhecidas de cor: “combater” o sedentarismo e o consumo exagerado de “bombas calóricas”. Para aqueles que não conseguem “vencer” a guerra restam-lhes a desonra, a humilhação, a exclusão. O obeso marginalizado denuncia, assim, a obesidade como o “Resto” ou produto da sociedade de consumo.

2.2 Adesão ao tratamento e concepções do profissional de saúde no tratamento da obesidade da criança e adolescente

O alerta sobre a necessidade de “combater a epidemia mundial da obesidade”, em virtude do crescimento progressivo de sua prevalência na população e das repercussões clínicas a ela relacionadas, tem sido recorrente na literatura médica que aborda o tema.

Nesse contexto, a importância do papel do pediatra tem sido destacada, desde a década de 80 e com maior intensidade na última década, pela oportunidade de eles estarem em contato bem próximo (na “linha de frente”) com crianças, adolescentes e suas famílias nos atendimentos na atenção primária (FRANC et al., 2009; GARCINUÑO, PÉREZ; CASARES, 2008; PRICE, 1989), atuando na prevenção e tratamento precoce da obesidade.

No entanto, o fracasso nessas intervenções se coloca na experiência clínica como um impasse, uma vez que não estão atendendo às expectativas de prevenir e tratar a obesidade ainda precocemente na infância e adolescência (HAN; LAWLOR; KIMM, 2010; SICHIERI; SOUZA, 2008). Revisões sobre a eficácia dos tratamentos e das medidas preventivas na infância revelam controvérsias e a maioria das intervenções não tem mostrado resultados favoráveis de forma incontestável (GARCINUÑO; PÉREZ; CASARES, 2008; SICHIERI; SOUZA, 2008).

Diversos estudos sobre adesão ao tratamento médico demonstram que a não adesão pode ser atribuída à crença, muito arraigada na prática clínica diária, de

que o paciente deve ser submisso e obedecer às recomendações do profissional. Como exemplo, pode-se citar que a palavra chave mais usada nestes estudos é o termo em inglês “*compliance*”, cujo significado é “*the quality or state of willingly carrying out the wishes of others: obedience, submission, tractability*”¹, isto é, “a qualidade ou estado de realizar, de bom grado, os desejos dos outros: obediência, submissão, tratabilidade”. É, portanto, uma palavra com conotações negativas, que sugere docilidade e submissão. “*The compliant patients*” ou o “paciente que adere ao tratamento” é aquele que se submete às prescrições do médico ou segue seus conselhos. Não aderir implica desobediência, recusa a obedecer, merecimento de punição. Nesse conceito, o paciente é considerado um indivíduo passivo que deve atender às recomendações médicas sem questioná-las. O contexto familiar e as dimensões sócio-culturais inerentes à conduta do paciente são ignorados pelo profissional (BISSELL; MAY; NOYCE, 2003; RODRIGUES; BOOG, 2006; VERMEIRE *et al.*, 2001).

Dessa forma, muitos autores têm sugerido que a interação entre profissional e o paciente não se limita a um momento para o profissional reforçar suas recomendações, mas para ambos construírem uma relação de parceria na qual exista uma disponibilidade sincera para se estabelecer o diálogo, para esclarecer as diferenças e fazer acordos juntos, com a concordância do paciente e não com a sua submissão (BISSELL; MAY; NOYCE, 2003; LOPES, 1997; RODRIGUES; BOOG, 2006; VERMEIRE *et al.*, 2001). Essa proposta, no entanto, exige intenso investimento do médico em sua formação humana.

Alguns estudos realizados com clínicos mostram que atitudes negativas e preconceituosas demonstradas pelos profissionais em relação a seus pacientes obesos os impedem de se envolver e interagir adequadamente com eles (CAMPBELL *et al.*, 2000; WADDEN; STUNKARD, 1993). Hebl e Xu (2001) pesquisaram o tempo de consulta despendido por clínicos aos pacientes com pesos normais, sobrepesos e obesidade e as crenças que afloraram em relação aos mesmos durante as consultas. Verificaram que quanto mais pesado o paciente, menos desejo tem o profissional de ajudá-lo, e que a melhora do paciente, portanto, dependia muito das habilidades do profissional em interagir com o paciente obeso e de suas crenças em relação ao mesmo. De acordo com Martins (1999), que

¹ “Qualidade ou estado de realizar de bom grado os desejos dos outros: obediência, a submissão, tratabilidade”.

desenvolveu estudo qualitativo, usando como referencial teórico a psicanálise, para conhecer a experiência de endocrinologistas clínicos no tratamento da obesidade, os impulsos agressivos do médico se relacionam com o exercício da profissão. De forma que, ao mesmo tempo em que a agressividade pode impulsionar para a iniciativa e coragem de tomar decisões, também pode buscar seu alvo no paciente e emergir sob a forma de um tratamento ruim (físico ou psicológico), manifestado sob forma de irritação ou explosões diretas ou indiretas de raiva.

Pesquisas com intuito de conhecer com maior profundidade a atuação e a opinião dos profissionais que cuidam de crianças e adolescentes obesos têm sido publicadas, com maior intensidade nos últimos dez anos, com vistas a conhecer as abordagens preventivas e terapêuticas do problema, especialmente na atenção primária. Apesar de abrangentes, a maioria destes estudos, no entanto, trazem algumas inconveniências: (1) as coletas de dados foram realizadas por meio de questionários com perguntas fechadas, acerca das práticas, atitudes dos profissionais e conhecimento sobre os protocolos assistenciais, sem oferecer um espaço para que eles pudessem expor livremente suas dificuldades no tratamento da obesidade ou introduzir outros temas não contemplados nos questionários, mas que fossem considerados relevantes; (2) as respostas ficaram limitadas às opções oferecidas por meio dos itens disponíveis em escalas de Likert, na qual os respondentes especificam seu nível de concordância a respeito de alguma afirmação ou pergunta. Como exemplo, para a pergunta “com qual frequência o profissional inicia o tratamento em crianças ou adolescentes obesos que não apresentam co-morbidades associadas” as opções para resposta eram: “na maioria das vezes” ou “sempre” ou “algumas vezes” ou “raramente” ou “nunca”. O respondente ficava limitado, portanto, a escolher uma das alternativas disponíveis, dentre os itens sugeridos pelo pesquisador, não sendo possível fazer qualquer discussão ou argumentação de seu testemunho pessoal sobre sua experiência acerca da abordagem do paciente obeso e de suas famílias. Para os autores da pesquisa, este método possibilita, no entanto, fazer comparações quantitativas entre as respostas e com outros estudos, possibilitando construir informações por meio de dados estatísticos acerca dos temas investigados. Estes estavam atrelados às diretrizes e guias indicados para condução do tratamento de obesidade, referências técnico-assistenciais para os profissionais em diferentes países, o que reduzia os

estudos a um dispositivo para verificar se os profissionais de fato estão “seguindo a cartilha recomendada”, dentro das normas e protocolos sugeridos pelas agências de saúde. A adesão dos profissionais às pesquisas também não foi satisfatória, em decorrência principalmente do excesso de perguntas nos questionários, segundo relato dos próprios autores o que gerou prejuízo para generalização dos resultados (BARLOW *et al.*, 2002a; 2002b; BARLOW; DIETZ, 2002; JONIDES; BUSCHBACHER; BARLOW, 2002; STORY *et al.*, 2002; TROMBRIDGE *et al.*, 2002).

Quando se comparam os resultados de alguns estudos mais recentes (GARCINUÑO; PÉREZ; CASARES, 2008; FRANC *et al.*, 2009) com os primeiros estudos publicados na década de 80 (NADER *et al.*, 1987; PRICE, 1989) constata-se que os profissionais de saúde ainda apontam as mesmas dificuldades para lidar com pacientes obesos, com raros avanços (FRANC *et al.*, 2009).

Price (1989), em inquérito conduzido com pediatras associados da Academia Americana de Pediatria, nos Estados Unidos, na década de 80, mostrou que a maioria dos profissionais não acreditava em suas competências para tratar e aconselhar pais, não se sentia gratificada com o tratamento e não acreditava que os pais e as crianças conseguiriam manter, em longo prazo, os resultados obtidos no tratamento. Outros estudos desenvolvidos 15 anos depois, realizados também nos EUA, mostram resultados semelhantes (JELALIAN *et al.*, 2003; PERRIN *et al.*, 2005). Na Europa, os resultados foram os mesmos. Na Espanha, Garcinuño; Pérez; Casares (2008) demonstraram que nenhum dos pediatras entrevistados se sentia muito competentes e somente 7,8% deles se qualificavam como bastante eficientes para tratarem crianças obesas. O estudo de Franc *et al.* (2009), com pediatras da atenção primária na França, mostrou que eles se sentem impotentes para lidar com a obesidade na prática diária pelas inúmeras barreiras ambientais e familiares que enfrentam e apenas uma minoria (12,2%) se sentia "muito eficiente" para condução do tratamento, enquanto, uma grande parte dos entrevistados (43,2%) acreditava firmemente no fracasso terapêutico. Nesse mesmo estudo (FRANC *et al.*, 2009), a maioria dos profissionais não concordou com a afirmação de que eles se sentem mais eficientes na condução do tratamento de obesidade, quando existe comorbidades associada, mas alguns estudos mostram que alguns profissionais não iniciam o tratamento quando ainda não existe uma comorbidade.

Apesar da percepção pelos profissionais de que a obesidade é um problema clinicamente relevante, alguns estudos mostram que menos da metade dos pediatras iniciam tratamento de crianças identificadas com sobrepeso, pelo constrangimento de não se sentirem suficientemente competentes para lidar com o problema (BLOCK; DeSALVO; FISHER, 2003; EPSTEIN; ODGEN, 2005; FOSTER *et al.*, 2003; JAY *et al.*, 2008). Para Garcinuno, Pérez e Casares (2008), os profissionais diminuem a disposição para atuar com obesidade, na medida em que enxergam as inúmeras barreiras que precisam enfrentar na condução do tratamento. Para Striegel-Moore (2001), as dificuldades na condução do tratamento fazem da obesidade uma fonte usual de frustração para profissionais de saúde, que os leva a certo desânimo e preguiça de lidar e tratar pacientes obesos.

Franc *et al.* (2009), advertem que apesar da disposição dos profissionais em iniciar o tratamento dos pacientes, muitos começam o tratamento de forma inadequada, uma vez que não investigam a existência de motivação por parte dos pacientes e familiares para iniciarem o tratamento, bem como as tentativas anteriores de tratamento. Em alguns estudos, cerca de 80% dos pediatras relataram identificar e iniciar o tratamento, mesmo quando ainda não tenha sido explicitada claramente uma queixa ou demanda de tratamento para o profissional (FRANC *et al.*, 2009; GARCINUÑO; PÉREZ; CASARES, 2008; JELALIAN *et al.*, 2003). De acordo com alguns consensos, iniciar o tratamento com familiares ou pacientes que não estão motivados ou que ainda não elaboraram os motivos para o fracasso nos tratamentos anteriores pode ser prejudicial, levando inclusive ao comprometimento das iniciativas futuras para perder peso (BARLOW, 2007; FRANC *et al.*, 2009).

Para Story *et al.* (2002), pesquisas são necessárias para investigar como envolver famílias desmotivadas e desinteressadas, sem constrangê-las. Tais pesquisas devem considerar a idade da criança e a atitude do paciente e da família. Consideram que os profissionais de saúde mental devem ser envolvidos neste processo trabalhando as dificuldades com a família. Como consideram que o tratamento da obesidade sempre requer mudança de comportamento, o estado emocional de cada família afeta sua habilidade para este cuidado. Para os profissionais motivar famílias é um desafio. A criança mais nova, independente de seu ponto de vista, poderá ter muitos ganhos a partir de mudanças instituídas pelos pais, se estes estiverem motivados. Por outro lado, instituir terapia em adolescentes

desmotivados pode aumentar ainda mais a sua resistência para modificar hábitos de alimentação, lazer e de esporte. É preciso investigar qual a verdadeira demanda de tratamento do adolescente.

No estudo de Jonides *et al.* (2002), foi pesquisado, também por meio de questionário com perguntas fechadas, o interesse do profissional em investigar a presença de alguns problemas emocionais específicos em crianças com obesidade. A maioria dos pediatras americanos entrevistados relatou investigar, com frequência, pouca disposição para mudança, ser vítima de apelidos por causa do excesso de peso, distúrbios nutricionais, depressão, pais com preocupação excessiva com o peso, problemas na dinâmica familiar e poucos profissionais relataram investigar história de abuso. No entanto, menos de 25% dos profissionais encaminhavam os pacientes com problemas emocionais identificados para uma abordagem psicológica, conforme orientação dos manuais. Uma vez que não houve interlocução entre os pesquisadores e os profissionais entrevistados, os autores da pesquisa supõem que os entrevistados não fizeram encaminhamentos para psicólogos porque estes não estavam disponíveis nos serviços de saúde onde estavam vinculados. Como o questionário foi fechado, também neste estudo não houve espaço para conhecer as estratégias usadas pelo profissional para desenvolverem esta investigação. Quais cuidados têm os profissionais, por exemplo, para investigar histórias de abuso, que muitas vezes não são expostas tão facilmente pelo paciente durante as consultas?

Dentre as barreiras mais comumente percebidas na condução do tratamento destacam-se as barreiras ambientais e sociais: hábitos sedentários, fácil acesso às comidas rápidas e prontas, excesso de publicidade de alimentos e bebidas inadequadas, falta de disposição da criança e adolescente para o tratamento, falta de tempo dos pais para compartilhar atividades com os filhos e para se envolverem no tratamento, falta de percepção pelos pais e pacientes de que a obesidade é de fato um problema de saúde, além de alguns problemas relacionados com as escolas, como baixa oferta de horários para desenvolvimento de atividade física e inadequação da alimentação oferecida (FRANC *et al.*, 2009; PERRIN *et al.*, 2005; PELLETIER-FLEURY *et al.*, 2006).

Outras barreiras identificadas, mas com menor “pontuação”, estão relacionadas com os sistemas de saúde, como duração insuficiente da consulta,

falta de acesso a outros especialistas, principalmente nutricionista, ausência de materiais educativos, baixo retorno financeiro para os profissionais e falta de serviços de apoio. Com relação às barreiras pessoais, foram identificadas inexperiência na condução do tratamento e necessidade de treinamento. Em todos os estudos, a maioria dos profissionais manifestou vontade de receber treinamentos que ampliem suas habilidades em lidar com crianças e adolescentes obesos e com problemas relacionados com a dinâmica familiar, pois percebem um aumento da procura de tratamento vinda dos pais decorrente da alta prevalência da obesidade (GILBERT; FLEMING, 2006; HAMILTON; JAMES; BAZARGAN, 2003; PERRIN *et al.*, 2005). Dentre os temas mais votados pelos entrevistados para treinamento destacam-se: aprimoramento no aconselhamento para mudança de estilo de vida, educação nutricional e aconselhamento de dietas, aprimoramento na comunicação e sensibilização dos pacientes e família sobre a necessidade de emagrecimento, orientação para o autocuidado, extensão do treinamento para todos os membros da equipe, esclarecimentos sobre os guias ou diretrizes técnico assistenciais, aperfeiçoamento em estratégias de gestão comportamental e de resolução de conflitos familiares (FRANC *et al.*, 2009; NADER *et al.*, 1987; PERRIN *et al.*, 2005; STORY *et al.*, 2002). Alguns autores sugerem que o ensino de técnicas de aconselhamento seja ofertado para profissionais em formação na graduação e pós-graduação, com a justificativa de que possibilitam o desenvolvimento de competências necessárias para um trabalho mais efetivo com os pacientes, com melhores resultados na prevenção e no tratamento da obesidade, a partir de abordagens terapêuticas práticas que ampliam a motivação para mudança de comportamentos alimentares e de atividade física. Estas técnicas incluem os estágios de mudança do comportamento, técnicas de aconselhamento, entrevista motivacional, negociação breve e autogestão comportamental (PERRIN *et al.*, 2005; STORY *et al.*, 2002).

Pediatras com mais anos de prática foram significativamente mais propensos a admitir que precisavam de uma formação complementar, quando comparados com os que tinham menos de seis anos (STORY *et al.*, 2002). Os autores acreditam que os mais novos podem ter recebido formação mais adequada na faculdade ou nos programas de residência médica (FRANC *et al.*, 2009; PERRIN *et al.*, 2005; STORY *et al.*, 2002). No entanto, pode-se supor também que os

profissionais mais velhos já acumularam experiências suficientes de fracasso que os levam a admitir ou acreditar na necessidade de aprimoramento para abordagem mais efetiva do problema. Pediatras do sexo feminino em comparação com pediatras do sexo masculino relataram maior interesse em receber treinamentos, principalmente em estratégias de manejo comportamental e resolução de conflitos familiares (STORY *et al.*, 2002). No estudo de Franc *et al.* (2009), os pediatras mais sobrecarregados tinham maior propensão a estigmatizar o obeso, considerando-o preguiçoso, o que demonstra, também, as influências das condições de trabalho no atendimento.

Por outro lado, em pesquisa de opinião conduzida também na França, por telefone, os pediatras entrevistados consideraram que eles não necessitavam de treinamentos e apontam o ambiente alimentar inadequado como a maior dificuldade enfrentada na condução do tratamento. Declararam que, o que mais precisam, de fato, são políticas públicas eficazes para proteger as crianças da exposição às propagandas de alimentos e dos ambientes que promovem a obesidade, inclusive nas escolas. Neste, e em outros estudos, os especialistas acreditam que o principal papel do pediatra é fomentar políticas no seu campo de atuação, além de conscientizar os pais (FRANC *et al.*, 2009; PERRIN *et al.*, 2005; PELLETIER-FLEURY *et al.*, 2006; STORY *et al.*, 2002). Foram consideradas estratégias úteis para o tratamento a promoção de exercício físico na escola e de educação nutricional, além de promoção de campanhas na mídia sobre hábitos saudáveis.

A dificuldade do profissional em lidar com seu paciente obeso tem sido atribuída também a uma limitação na sua formação, consequência do ensino nas escolas que privilegiam e enfatizam a dimensão técnica e tecnológica da prática clínica em detrimento da dimensão humana. O campo de atuação do profissional, portanto, tem se fundamentado na tecnologia e no biológico de um “corpo fragmentado” e separado de seu contexto social e cultural. Com esta formação, é extremamente difícil lidar com aspectos de tal profundidade como são os problemas nutricionais, sendo às vezes quase impossível valorizar a importância das dimensões psíquicas, simbólicas e ideológicas inerentes à conduta alimentar do paciente obeso e sua família (EPSTEIN; ROEMMICH; RAYNOR, 2001; FONSECA *et al.*, 2001; JONIDES; BUSCHBACHER; BARLOW, 2002; NOBREGA; CAMPOS; NASCIMENTO, 2000; PIZZINATO, 1992; RODRIGUES; BOOG, 2006; TONIAL,

2001). Reforçando estes aspectos, Tonial (2007), ressalta que embora existam trabalhos relevantes das ciências antropológicas sobre hábitos e tabus alimentares, estes costumam não ser considerados por profissionais da área médica e de nutrição, cujas prescrições dietoterápicas nos tratamentos dos distúrbios nutricionais se fazem de forma apenas técnica. A possibilidade de fracasso das orientações terapêuticas é grande quando se ignora o complexo simbolismo inerente ao ato de comer (CAMPOS, 2005; FONSECA *et al.*, 2001; OLIVEIRA, 2008; TONIAL, 2007). Para alguns autores esta conduta fragmentada pode ser também um dos fatores que contribuem para o desenvolvimento de distúrbios alimentares como anorexia e bulimia, compulsão alimentar, dificuldade em monitorar a própria ingestão alimentar, baixa autoestima e insatisfação com a imagem corporal (BIRCH; FISHER, 2000; CONSENSO, 1998; GOLAN *et al.*, 1998; STRIEGEL-MOORE, 2001).

Nesse sentido, o paradigma médico vigente, cuja estrutura determinista de causa e efeito define obesidade como um desequilíbrio do balanço energético, que trás em si uma solução simplista de ingerir menos ou gastar mais energia, tem sido enfaticamente questionado por diversos autores na tentativa de definir teorias capazes de enfrentar a complexidade intrínseca ao fenômeno da obesidade, possibilitando uma assistência de saúde mais efetiva para a população. Pesquisadores têm sugerido que as contribuições das ciências humanas deveriam ter importância cada vez maior no manejo dos problemas de saúde (CARVALHO; MARTINS, 2004; OLIVEIRA, 2008; SEIXAS, 2009; TONIAL, 2001).

Do ponto de vista da terapia familiar sistêmica, o tratamento da obesidade não se reduz à mudança de hábitos alimentares da família e deve sempre levar em consideração que todos os membros da família precisam ser compreendidos amplamente em suas histórias, seus vínculos afetivos, seus sofrimentos, conflitos, valores, crenças e saberes de forma que a intervenção não seja uma ameaça à identidade do grupo familiar, mas permita uma abordagem compreensiva com o envolvimento e participação ativa das famílias no processo de mudanças (SALES, 2006; TASSARA, 2006).

Na perspectiva da psicanálise, a abordagem da obesidade como um descompasso entre consumo e gasto energético, destitui do seu âmbito a dimensão subjetiva do sujeito. Dessa forma, dificilmente na abordagem médica/nutricional existirá uma disposição em conhecer os sintomas psíquicos que transtornam os

pacientes, permanecendo a idéia recorrente de que a doença principal é a obesidade, que demanda um tratamento específico ditado pelo médico. O paciente, conseqüentemente, pode se fixar numa posição passiva, de eterna expectativa por um tratamento, remédio ou médico/nutricionista que possa livrá-lo da gordura (CRESPO, 2008; SEIXAS, 2009). Desse modo, a obesidade reconhecida como um “problema médico” contribui para a cristalização da posição do obeso crônico, caracterizando a passividade com que se apresentam em relação ao profissional, que supostamente detém o saber sobre sua doença. Ao contrário, na psicanálise, o que está em evidência é o sujeito e o que ele pode dizer deste corpo acometido pelo excesso de gordura, motivando-o a refletir sobre seu real problema. Mais do que classificar pessoas segundo o peso de seu corpo ou os riscos que o excesso de peso impõe à saúde, trata-se de apreender uma forma de subjetivar o sofrimento que pesa sobre o corpo do sujeito obeso (CRESPO, 2008; FREITAS, 2009; SEIXAS, 2009). Para Ferreira (2000), a psicanálise pretende abordar o homem como ser singular, o seu objeto é o sujeito, que pode ser assim definido:

[..]O sujeito a que se refere a psicanálise não é o sujeito do conhecimento, da racionalidade, sujeito do cogito de Descartes, portanto, sujeito abstrato. Trata-se do sujeito concreto: do Antônio, do José, da Maria. O sujeito da subjetividade é o sujeito das emoções, dos sentimentos, das incertezas, das angústias, do medo, do desejo. A psicanálise não coloca a questão do sujeito da verdade, mas da verdade do sujeito, pergunta pelo “sujeito do desejo” que o racionalismo recusou [...] Ferreira, 2000, p 233.

Da mesma forma, Carvalho e Martins (2004), em uma abordagem filosófica, também alerta que reduzir a obesidade a um problema físico e de desequilíbrio energético pode restringir as possibilidades terapêuticas no campo da nutrição:

[..] A desconstrução de uma definição determinística de obesidade expressa na idéia de um balanço de energia positivo, e sua reconstrução no âmbito da complexidade podem contribuir para operacionalizar terapêuticas e políticas de nutrição na área da saúde sob um novo olhar [...] Não conhecer as causas internas que nos afetam nos coloca vulneráveis e submissos às causas dos outros e a padrões supostamente universais [...] nos tornando passivos diante da realidade. Essa passividade pode levar a servidão. Estaríamos assim escravos da dieta, na obediência de normas que não são nossas, que não são fruto de nossa normatividade própria [...] (Carvalho e Martins, 2004 p.1005)

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Investigar as concepções, atitudes e práticas dos médicos, no tratamento de crianças e adolescentes obesos.

3.2 Objetivos específicos

- a. Investigar as concepções do médico que direcionam e orientam suas práticas no tratamento da obesidade.
- b. Apreender os caminhos ou estratégias usados pelo médico para conduzir o caso.
- c. Investigar as metas terapêuticas e expectativas do profissional no tratamento de obesidade da infância e adolescente.
- d. Apreender os impasses no tratamento da obesidade, na perspectiva dos profissionais médicos.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Metodologia qualitativa

Esta investigação utilizou a metodologia qualitativa, visando, por meio do discurso do médico sobre a condução do tratamento de crianças e adolescentes obesos, conhecer com quais concepções e pressupostos este especialista estrutura o atendimento a este público, de forma a enriquecer a teoria sobre o tema. Este estudo priorizou investigar a abordagem do profissional em sua clínica, muito mais do que seu conhecimento teórico sobre obesidade.

Para Turato (2008), desvelar os significados dos fenômenos e perceber ideias e comportamentos de pacientes, familiares e da própria equipe de saúde pode contribuir muito para melhoria da relação profissional-paciente, com reflexos na adesão ao tratamento.

De acordo com MINAYO (2006), a pesquisa qualitativa procura responder a questões muito particulares e preocupa-se com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que não podem ser quantificados e reduzidos à operacionalização de variáveis. Assim, as concepções, as condutas terapêuticas, as estratégias e táticas singulares do profissional na abordagem do sujeito obeso e de sua família podem ser investigadas por meio de pesquisa qualitativa.

4.2 Técnica de entrevista e coleta de campo

Neste estudo, para viabilizar a coleta de dados, utilizou-se como instrumento a *ENTREVISTA QUALITATIVA DO TIPO SEMI-ESTRUTURADA COM QUESTÕES ABERTAS*. Este instrumento possibilita aos sujeitos entrevistados expressar seus pontos de vista de forma muito mais ampla e particular do que os questionários padronizados e fechados, além de permitir a interlocução direta do entrevistado com o entrevistador corrigindo mal entendidos e aprofundando pormenorizadamente a comunicação (FLICK, 2004; MINAYO, 2006; TURATO,

2008). O questionário fechado, como já discutido no percurso teórico, foi o instrumento principal de coleta da maioria dos estudos disponíveis na literatura que investigaram a atuação de profissionais de saúde na abordagem da criança com obesidade e por não permitirem ao entrevistado discursar livremente sobre sua própria experiência deixaram lacunas de conhecimento na literatura.

Neste estudo as entrevistas foram individuais (um único respondente a cada vez) possibilitando o não direcionamento e a expressão do contexto pessoal dos entrevistados (FLICK, 2004). Foram realizadas em espaços escolhidos pelos entrevistados, cabendo ao pesquisador informá-los de que o espaço precisaria oferecer garantia de privacidade. Todas as entrevistas foram gravadas.

A primeira parte do roteiro da entrevista conteve dados de identificação do profissional. A segunda parte consistiu de perguntas de ordem mais geral, sobre a experiência do profissional no atendimento de crianças e adolescentes com obesidade, suas concepções e expectativas que direcionam e norteiam suas condutas e estratégias no tratamento (ANEXO A).

Apenas para servir de guia ou “fio condutor” para o entrevistador (neste caso, a autora da pesquisa) na condução das entrevistas foram elaboradas algumas perguntas para enriquecer cada tema proposto. No entanto, as entrevistas foram um convite para que o profissional falasse livremente de sua experiência e eles não precisaram responder, sistematicamente, a cada uma das perguntas sugeridas. Segundo Minayo (2006), o roteiro é sempre um guia, nunca um obstáculo, não devendo prever todas as situações e deve, portanto, facilitar a emergência de temas novos, possibilitando ao profissional dizer abertamente o que pensa e sente sobre o objeto em estudo. Portanto, o roteiro serviu, principalmente, para nortear questões mais relevantes para o pesquisador, servindo de um instrumento para orientar e ampliar a comunicação e não para cercear a fala dos entrevistados.

4.3 Sujeitos da pesquisa

Optou-se neste estudo pela AMOSTRAGEM INTENCIONAL, como forma de garantir a colaboração efetiva dos participantes potenciais no estudo, desde a sua disponibilidade até ao fornecimento de entrevistas concretas. Nesta

amostragem ocorre uma particular escolha de respondentes ou sujeitos para propiciar o desenvolvimento das teorias em estudo (TURATO, 2008). De acordo com Turato (2008, p. 357), na amostragem intencional:

[...] o autor do projeto delibera quem são os sujeitos que comporão seu estudo, segundo os pressupostos de trabalho, ficando livre para escolher entre aqueles cujas características pessoais (dados de identificação biopsicossocial) possam, em sua visão enquanto pesquisador, trazer informações substanciais sobre o assunto em pauta.

Os sujeitos escolhidos precisam ter a experiência e o conhecimento necessários sobre o assunto ou objeto à sua disposição, para transmiti-la durante a entrevista e responder aos objetivos da entrevista, desempenhando as ações de interesse ao estudo (FLICK, 2004; TURATO, 2008).

Dessa forma, optou-se pela escolha intencional de profissionais médicos que tivessem, preferencialmente, formação básica em pediatria e que, antecipadamente, soubéssemos ter conhecimento e experiência sobre o tema estudado e que fossem considerados referência para seus pares em diferentes níveis de atenção à saúde (Atenção Primária e Atenção Secundária). Como profissional de referência para seus pares entende-se aquele que ocupa posição de retaguarda assistencial ou de apoio técnico-pedagógico a alunos (graduando, pós-graduandos), profissionais e equipes de saúde no local de trabalho.

Dessa forma, optou-se por convidar pediatras de referência que atuam em Atenção Primária na Rede SUS de Belo Horizonte, cujo modelo assistencial está estruturado na Estratégia de Saúde da Família. Os pediatras convidados atuam como “pediatras de apoio”, isto é supervisionam os profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF). Atuam também na retaguarda do atendimento de crianças com maior vulnerabilidade clínica referenciada pelas ESF. Além disso, foram convidados médicos que atuam em ambulatórios da atenção secundária e atendem pacientes com obesidade grave e mórbida, com formação em pediatria e endocrinologia.

O critério de saturação definiu a finalização de novas entrevistas.

Para escolha dos entrevistados foi muito importante o conhecimento prévio, por parte dos pesquisadores, sobre a qualidade assistencial dos diferentes serviços de atenção à saúde, bem como do comprometimento e capacidade técnico–científica de todos os entrevistados convidados para participar da pesquisa.

Os serviços de atenção primária e secundária apresentam diferentes missões e especificidades nos cuidados com a saúde das crianças e adolescentes obesos. Na atenção primária os profissionais têm o papel de prevenção, identificação e tratamento precoce das crianças e adolescentes obesos. Quando necessário devem encaminhá-los, para os serviços de atenção secundária. Estes serviços, portanto, recebem crianças e adolescentes obesos na grande maioria encaminhados com o diagnóstico de obesidade para cuidar de diferentes demandas assistenciais com o especialista.

Anteriormente às entrevistas, houve um contato telefônico com os profissionais com intuito de convidá-los a participar da entrevista, após serem informados sobre os objetivos da pesquisa e sobre detalhes do desenvolvimento das entrevistas: tempo de duração das mesmas, necessidade das entrevistas serem gravadas e esclarecimento de que o local para realização da entrevista poderia ser escolhido pelo profissional, mas que deveria oferecer privacidade. Em caso de aceitação o dia e local da entrevista eram definidos.

No início das entrevistas era realizada a leitura do termo de consentimento (ANEXO B) e novamente era informado ao entrevistado que as entrevistas seriam gravadas com o objetivo de dispensar anotações, facilitar a atenção e escuta atenta, além de servir para transcrição e análise posterior. Na solicitação do consentimento foi dada a explicação de que haveria a possibilidade de um eventual segundo contato entrevistador-entrevistado para esclarecimentos de dúvidas, checar interpretações de conceitos e complementar as falas da entrevista (FLICK, 2004, TURATO, 2008), o que acabou não se mostrando necessário. No momento da entrevista, antes do seu início, com o objetivo de deixar o entrevistado à vontade, foram feitos alguns comentários sobre a pesquisa e esclarecido que aquele era um momento para que ele, entrevistado, falasse à vontade, sobre os temas propostos.

Nas entrevistas, seguindo o critério de saturação, seis profissionais médicos foram ouvidos, sendo cinco pediatras e um endocrinologista. Este último atuava em ambulatório especializado em cirurgia bariátrica. Houve grande envolvimento e comprometimento de todos profissionais no sentido de colaborar com a pesquisa.

4.4 Tratamento dos dados e discussão

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra pela própria pesquisadora, logo após a realização das entrevistas. Os dados colhidos foram tratados por meio da *Análise Qualitativa de Conteúdo*. Para análise e interpretação dos resultados, o foco principal não foi o conhecimento sobre obesidade, mas o “saber” do profissional sobre a abordagem e condução dos casos. O procedimento para análise do material obtido, após a transcrição, consistiu inicialmente da leitura e releitura de cada um dos relatos transcritos. Depois procedeu-se à leitura buscando identificar os aspectos mais relevantes (significantes), aspectos contraditórios - relacionados aos pressupostos e objetivos iniciais do projeto. Em seguida, os dados foram classificados em categorias e subcategorias específicas, conforme os temas já previstos na pesquisa, além de outros que emergiram no discurso dos entrevistados. Ao final foram feitas interpretações e articulações entre os dados obtidos e os referenciais teóricos, respondendo as questões da pesquisa com base em seus objetivos (TURATO, 2008).

4.5 Cuidados éticos

Nesta pesquisa, os pesquisadores se comprometeram a resguardar os dados confidenciais sob o mais absoluto sigilo e a garantir o anonimato dos participantes da pesquisa nas futuras publicações e/ou apresentações, assegurando a privacidade dos sujeitos. Cada entrevistado foi informado sobre os propósitos deste trabalho, bem como de sua justificativa, objetivos e métodos, por meio do Termo de consentimento livre e esclarecido, que foi assinado por cada um dos sujeitos da pesquisa. Foi utilizado termo de consentimento para pesquisa, conforme estabelece a resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional De Saúde, 1996.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (ANEXO C) e pela Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFMG (ANEXO D).

4.6 Referenciais para discussão dos resultados

A discussão dos resultados das entrevistas foi realizada à luz dos referenciais teóricos sobre obesidade também sobre outros temas que emergiram durante o processo de categorização, relacionados com a *relação médico paciente* e com a *formação médica*.

A apresentação dos resultados da pesquisa qualitativa foi descrita conjuntamente com sua discussão, devidamente interpretados. A apresentação dos resultados incluiu citações literais dos entrevistados, a título de ilustração (TURATO, 2008).

Como possível *viés da pesquisa*, salienta-se que a seleção de profissionais engajados no tratamento da obesidade não contemplou um universo mais amplo, no qual o pressuposto é que haja uma recusa, muitas vezes velada, de acompanhar o paciente obeso. Em vista disso, embora os entrevistados escolhidos tenham demonstrado durante seus relatos muito comprometimento na assistência à criança e adolescentes com obesidade, não se pode afirmar que esta atuação seja a realidade nos diferentes serviços de saúde, do qual fazem parte.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Artigo produzido durante o curso

Durante o processo de revisão da literatura, foi produzido o artigo de atualização terapêutica ***Abordagem interdisciplinar do adolescente obeso com ênfase nos aspectos psicossociais e nutricionais*** e publicado no Suplemento de Pós-Graduação da Revista Médica de Minas Gerais (RMMG), v.18, n.4, p.S1, 2008.

5.2 Distribuição das categorias e subcategorias

A abordagem terapêutica do indivíduo obeso é complexa e ultrapassa a abordagem dos aspectos nutricionais uma vez que fatores familiares, emocionais, culturais e sociais podem estar envolvidos em processos distintos ou inter-relacionados (BARLOW, 2007; TONIAL, 2007). Assim, em analogia ao iceberg, que ao mostrar sua ponta na superfície da água não deixa transparecer seu real tamanho e mantém submerso um volume muito maior do que é visto na realidade, a complexidade da obesidade também não “costuma ser vista” no seu “tamanho” real, de forma claramente explicitada. É preciso um esforço ou exercício do profissional para trazer à tona esta parte velada, submersa. As diferenças nas concepções e também nas práticas dos profissionais médicos entrevistados estão muito relacionadas com a habilidade em conseguir dimensionar, enxergar ou considerar em suas práticas a complexidade real envolvida na história de obesidade. No entanto, salienta-se que as concepções que emergiram nos relatos dos profissionais não podem ser consideradas duas instâncias estanques, como se os entrevistados tivessem somente uma forma estagnada e hermética de pensar e conceituar a obesidade. Observa-se que os especialistas podem flutuar entre as concepções que emergiram, embora apresentem fortes tendências a se deter mais sobre uma do que outra e a nortear sua prática na lógica da concepção com a qual mais se identifica. A análise criteriosa do material colhido nas entrevistas com os profissionais de saúde nos permitiu construir duas categorias, que serão apresentadas adiante: **“A prática dos profissionais como barreira ao tratamento da criança e do adolescente**

obesos“ e “A prática dos profissionais como facilitadora do tratamento da criança e do adolescente obesos”.

5.3 A PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS COMO BARREIRA AO TRATAMENTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

A análise dos dados obtidos mostrou que uma das principais barreiras na condução terapêutica é a dificuldade do médico em dimensionar em sua prática a complexidade real envolvida na história clínica de cada sujeito com obesidade, sobretudo os aspectos subjetivos. Além disso, as práticas relatadas pelos entrevistados evidenciavam a construção de uma relação autoritária do médico com o paciente ou com os pais. Desse modo, nessa categoria foram identificadas quatro subcategorias, descritas e discutidas a seguir.

5.3.1 A concepção da obesidade como uma inadequação matemática

No discurso dos profissionais, tanto na atenção primária quanto na atenção secundária, a obesidade foi considerada difícil de tratar e identificada como uma condição da modernidade, influenciada pela falta de tempo dos pais para ficar em casa, pela falta de limites dos filhos, pelo consumismo excessivo, sedentarismo, melhoria das condições socioeconômicas, dentre outros. A interferência de aspectos culturais e psicológicos também foi apontada².

No entanto, na prática percebe-se que muitos profissionais direcionam a conduta terapêutica para o tratamento do excesso de peso, a despeito da

² Comentário do Professor Henrique Osvaldo da Gama Torres por ocasião da qualificação que traduz com clareza a real complexidade enfrentada pelo profissional de saúde no enfrentamento das condições modernidade: *Tenho certa dúvida sobre as críticas que o movimento da reforma sanitária faz ao mecanicismo ou ao organicismo, pois essa crítica é feita desconhecendo a própria natureza da demanda dirigida ao médico, que muitas vezes é sim, da ordem da recuperação da saúde (suposta ou verdadeiramente perdida) e a dificuldade que é o manejo dessa demanda, no sentido de fazer surgir a subjetividade no seio da queixa "orgânica". Aliás, isso fica bem evidente quando o trabalho discute a questão da demanda, ou da sua ausência. A questão de como a doença ou condição da modernidade como é a obesidade, que surge no seio de todas essas questões tão bem apontadas como o declínio do convívio, o domínio das mídias diversas e do marketing, a TV, computador, a fatura, a questão de como ela pode se tornar objeto de uma consciência, para se tornar um problema para ser abordado pelo profissional de saúde é extremamente complexa. Para ela se tornar uma demanda ela tem que resultar em algum mal estar, que o capitalismo tardio busca de todas as formas ocultar por meio da abundância de oferta de coisas, inclusive a comida.*

complexidade envolvida. O diagnóstico se faz pela constatação do excesso de gordura e classificação numérica (quantificação) da obesidade a partir do IMC. O tratamento se estrutura na concepção reducionista de que a obesidade é fruto de uma **inadequação matemática, de um desequilíbrio energético que precisa ser corrigido**. Considera-se, portanto, que as intervenções terapêuticas devam ser direcionadas apenas para a “ponta do *iceberg*”, o excesso de gordura corporal. Seu campo de atuação é a doença e não o paciente. Não há um tempo para reflexão na tentativa de compreender o sujeito obeso para além do seu corpo e adoecimento. São condutas que dispensam a subjetividade e histórias de vida trazidas pelo paciente e reproduzem o *lugar do saber do médico, daquele que sabe respostas para as demandas do paciente*. Na prática, observam-se nos relatos um furor e certa urgência pelo emagrecimento, por meio de condutas padronizadas, como prescrição de orientações dietéticas e implementação de atividade física. A expectativa dos profissionais é de adesão ao tratamento, no sentido de obediência às recomendações. O discurso é normativo, com ordens a serem cumpridas, algumas vezes impostas com julgamento, revelando certa inabilidade na relação médico-paciente. Diante das dificuldades os profissionais sofrem e se angustiam. Sentem-se responsáveis pela cura e realmente são cobrados neste sentido. Afinal, a demanda que recai sob os médicos nos serviços de saúde é da ordem da recuperação da saúde e espera-se que ele enfrente o problema na “linha de frente” prevenindo e tratando a “grande epidemia do século XXI”. Muito comprometidos, mas com dificuldades, continuam tentando com as mesmas táticas prescritivas, sem, contudo mudar seus paradigmas. A causa do fracasso é atribuída somente ao outro, desobediente às suas recomendações (escola, familiares, sabotadores, etc.). Dessa forma, os profissionais seguem as diretrizes assistenciais sugeridas nos protocolos, que, no entanto não respondem às suas dúvidas, impasses e não dão solução para seus fracassos.

Na literatura, não há dúvidas de que a prevenção e tratamento precoce da obesidade devem ser a melhor estratégia e o principal foco na saúde pública. entretanto, o processo de prevenção também tende a ser complexo e a abordagem no âmbito individual depende muito da habilidade da equipe ou do profissional em identificar os hábitos, cultura e aspectos emocionais que influenciam as escolhas e o excesso de consumo alimentar. De acordo com a AAP, as abordagens de prevenção

tradicionais de apontar hábitos alimentares inadequados para saúde ou entregar para a família uma lista de recomendações, como se fossem uma prescrição de antibióticos, raramente produzem um resultado efetivo (BARLOW, 2007).

Todos os profissionais entrevistados, tanto da atenção primária (APS) quanto na atenção secundária, ressaltaram a importância da prevenção para redução da prevalência de obesidade. No discurso dos profissionais da APS, cujas estratégias de cuidado têm como uma das principais missões a prevenção, foi marcante a preocupação, comprometimento e a disponibilidade de tempo para esta prática. Os profissionais relatavam identificar, na puericultura, os primeiros sinais de desvios “para cima” na curva de crescimento *peso X idade*, iniciando abordagem junto às famílias.

No entanto, em geral, os cuidados se restringiram às orientações dietéticas diretivas, colocadas como regras impostas, independente dos sentimentos, crenças, significado cultural ou possíveis mecanismos psíquicos envolvidos na conduta alimentar materna.

Assim, no relato abaixo, o médico da atenção secundária, angustiado com o aumento da prevalência, ressalta a importante missão das Faculdades de Medicina em preparar melhor os pediatras, no “enfrentamento” da obesidade a partir da prevenção. Repassa o discurso científico sobre estratégias para prevenção que deveriam ser usadas pelos pediatras para sensibilizar as mães, como se fosse uma norma única para todos. Não relata, contudo, como esses especialistas deveriam disponibilizar um espaço de escuta às mães que permita emergir seus anseios, reais demandas e necessidades, o que seria relevante para a qualidade de formação dos pediatras e qualificação da assistência.

[...] então eu acho que a mentalidade dos pediatras, dos formadores de pediatra é que tem de mudar (...) porque eu acho que é desde cedo sabe: olha mãe tem que fazer um excelente pré-natal porque esse bebe tem de nascer com tamanho adequado, esse bebe precisa ser amamentado ao seio por vários motivos, um deles é porque ai é exposto a alimentação de baixa qualidade, que faz ele engordar demais nesse período e que depois ele vai precisar de uma alimentação assim, assado, para não ficar tal e tal e tal [...] (Médico 6)

Um aspecto importante que deve ser cuidadosamente observado em qualquer condição de atendimento à criança é o vínculo mãe-filho. Sintomas de distúrbios alimentares e de sono em bebês podem surgir mediante sofrimento

psíquico proveniente de frágil vínculo mãe-filho (PIZZINATO, 1992; NOBREGA, CAMPOS, NASCIMENTO, 2000; SBP, 2008).

Da mesma forma, o foco de atuação de médico 3 na APS se direciona apenas para a orientação nutricional, embora ela tenha percebido a ansiedade materna, no sentido de ofertar alimento para consolar o filho que está chorando:

[...] explicar pra mãe que não é pra dar mamadeira para consolar menino, que não é dar comida pra calar a boca. [...] Então ele tem de parar de comer, se ele não parar de comer ele vai continuar engordando 6 kg por ano. Entendeu? [...] (Médico 3).

Médico 3 não se permitiu um tempo para escutar a mãe e refletir sobre o que pode estar por trás da ansiedade materna. Os sentimentos de ansiedade da família são percebidos, mas são deixados à margem do processo:

[...] as vezes o menino é ansioso e você não consegue. Então a gente põe água na mamadeira. O menino está ansioso e toma seis mamadeiras a noite, não tem jeito, por causa de ansiedade, a família não consegue e quer dar mamadeira. Eu mando por na mamadeira 50 ml de leite e o resto de água, porque o menino quer ver alguma coisa branca. Então você põe um pouquinho de água para tingir e põe o leite. [...] (Médico 3)

Também no relato abaixo, a intervenção médica fica direcionada para o “erro alimentar”, como se a cultura alimentar materna fosse fruto de uma ignorância. o profissional reconhece que o uso da farinha é um hábito cultural, mas não se permite entrar no universo cultural da mãe, na tentativa de compreender a motivação materna para sua prática alimentar. Da mesma forma, incentivar o uso de alimentos considerados saudáveis a partir de argumentos que provocam “medo” e angústia nas mães não leva em consideração a real motivação materna para suas práticas alimentares.

[...] eu começo a fazer a puericultura e vejo, por exemplo, que tem algum erro alimentar ..a mãe que adora colocar uma farinhazinha, que é o habito cultural do brasileiro colocar a tal farinha no leite, então ela coloca a farinhazinha e a gente vai orientando para fazer a retirada. [...] (Médico 2).

[...] Olha, verdinho é importante para evitar sangramento [...] ai ela coloca pois sangramento pra ela é uma coisa grave .. então a gente usa alguns medos também. [...] (Médico 2).

Conforme salientado por Tonial (2007, p.55), o uso de abordagens técnicas e objetivas para orientação nutricional tanto na prevenção, quanto no tratamento da obesidade pode levar a um fracasso dessas intervenções,

[...] os conflitos entre culturas “popular” e “cultura” refletem-se nas práticas das orientações dietoterápicas que, baseadas nos conceitos científicos dos profissionais de saúde, na maioria das vezes, não conseguem penetrar nas dimensões simbólicas e culturais envolvidas nas questões alimentares que se refletem no estado nutricional, interferindo negativamente tanto na procura por essas orientações como na credibilidade das mesmas. (Grifo do autor)

Com relação ao tratamento na atenção primária, alguns profissionais adotam orientações nutricionais padronizadas, com muitas proibições, condutas atualmente pouco aconselháveis, principalmente porque propõem mudanças de forma impositiva, para as quais as famílias não estão preparadas. Sob pressão, poderão até seguir, mas por curto espaço de tempo. Nestas circunstâncias, as mudanças não costumam ser consistentes e dificilmente serão mantidas, até porque as orientações são colocadas como **regras ditadas pelo profissional que precisam ser seguidas**, e não consideram o desejo, o prazer e a cultura alimentar da família. Conforme orientação da AAP (2007) e SBP (2008), as mudanças nutricionais devem ser construídas, de forma gradativa, com a participação ativa da família no processo. Na conduta sugerida abaixo, a imposição da “geladeira e do armário saudáveis” consolidam o discurso do alimento como sendo exclusivamente da ordem da necessidade fisiológica e colocam o indivíduo obeso e suas famílias na posição de objetos a serem tratados.

[...] tirar todas as guloseimas da casa, não ter guloseimas estocadas, armazenadas [...] Se você tem fator que põe em risco a vida da criança a mãe fica mais ativa, participa mais, faz a geladeira saudável que é excluir as guloseimas, quando a criança abre a geladeira e não tem nada ela fecha, da mesma forma que o obeso abre a geladeira várias vezes para ver o que tem.. quando abre e só vê verdura ela não vai pegar o danoninho, o iogurte, não vai pegar um pedaço de torta, assaltar a lasanha que estava ali. (...)(Médico 2)

[...]. esse menino precisou da mãe ficar assustada do tanto que a pressão da criança subiu, do tanto que o problema de coração poderia ficar, do risco inclusive dele desenvolver uma cardiopatia mais grave, prá ela realmente fazer o armário saudável, a geladeira saudável (Médico 2).

A orientação alimentar sugerida abaixo nos mostra outras inconveniências que merecem ser comentadas. Os mesmos alimentos que são proibidos nos dias de semana são permitidos no domingo:

Eu faço uma reeducação alimentar bem simples. Então domingo vai ser o dia da porcaria. Então domingo pode pizza, pode isso. Pode sair, ou quando vai para um aniversário. Agora dia de semana nós vamos estabelecer que não tenha refrigerante, não tenha chips, nem salgadinho (Médico 1).

No entendimento da pesquisadora, proibir ou “marcar um dia” para a ingestão de alimentos considerados não saudáveis traz poderá ser entendida como uma recompensa pela privação sofrida durante a semana. Pode também dificultar o processo de educação nutricional, gerando conceitos ambíguos com relação ao alimento que ora é proibido (durante a semana), ora é permitido (no domingo). É verdade que as famílias precisam conhecer os fundamentos da alimentação equilibrada, mas sempre com enfoque positivo, sem proibições (OLIVEIRA, 2008). Uma alimentação saudável não implica sofrimento e exclusão de **"coisas gostosas"**, **embora seja necessária a aprendizagem acerca das consequências do consumo frequente de alimentos inadequados do ponto de vista nutricional** (BRASIL, 2006; SBP, 2008). Proibir ou ter dia marcado para ingestão de determinados alimentos somente enfatizam e colocam esses alimentos em destaque, motivando ainda mais seu consumo, podendo também gerar angústia e rebeldia (BIRCH; FISHER, 2000). A família pode ser ajudada a modificar gradativamente a alimentação de forma cuidadosa, de preferência, sem causar angústias, reduzindo, por exemplo, a quantidade exagerada de alimento ofertado e espaçando-se o uso dos alimentos considerados inadequados para a saúde, sobretudo os alimentos industrializados multi-processados. Promover um ambiente que propicie a percepção de saciedade é também recomendado.

Assim, a alimentação equilibrada deve ser introduzida aos poucos, em um ritmo possível para família, por meio de um plano alimentar que respeite as singularidades e permita alternativas sempre com a participação e concordância da família no processo (BRASIL, 2006; BARLOW, 2007; SBP, 2008). Para o Comitê de Nutrologia da SBP, a reeducação alimentar passa por quatro estágios, e somente no último se iniciam as modificações na qualidade dos alimentos. Uma dieta imposta cerceia a liberdade das pessoas (CARVALHO; MARTINS, 2004). A orientação para mudanças no hábito alimentar, portanto, pressupõe preparo e habilidades específicas do profissional, não devendo ser pontual e nem deslocada dos aspectos familiares, emocionais, sociais e culturais (OLIVEIRA, 2008). Para Boog (2004, citado em BRASIL, 2006), as práticas educativas em saúde e nutrição devem ter como eixo central a promoção de saúde, que propicia qualidade de vida e cidadania e incentivo à adoção de padrões alimentares sustentáveis, uma vez que preservam

a saúde, a cultura, o prazer de comer, a vida, os recursos naturais e a dignidade humana (BRASIL, 2006).

Médico 5, mostrou indignação com as proibições e os absurdos das cobranças e exigências médicas no tratamento da obesidade afirma:

[...]. Você quer que seja uma linha reta na vida da pessoa, que todos os dias façam a mesma coisa que você mandou ela fazer. Será que as pessoas se colocam no lugar do outro? Para ver o que elas estão propondo? Se você me perguntar o que eu comi ontem, eu não sei, não vou lembrar. Você se coloca no lugar do outro para ver se isso é viável [...] (Médico 5).

E lembra-se de uma colega nutróloga que prescreve o uso de chocolate para seus clientes comerem em público, de forma que eles não se sintam discriminados e excluídos:

[...] Muita proibição [...] Uma médica amiga, que lida com obesidade, prescreve para seus pacientes não comerem escondido: coma chocolate, coma chocolate em público, como chocolate na frente das pessoas [...] (Médico 5).

De acordo com os profissionais que atuam na atenção primária, é raro a família levar como “queixa principal”, na primeira consulta ou nas subsequentes, a obesidade do filho. Os profissionais identificam o problema durante consulta agendada por outro motivo e, na maioria das vezes, tentam abordá-lo com os pais na intenção de iniciar o tratamento. Este é iniciado, mas sem uma escuta adequada da família, buscando conhecer sua motivação ou demanda. Como no exemplo abaixo, Médico 1 inicia o tratamento, na expectativa de ser atendida em suas prescrições. No entanto, fica confusa ao se deparar com a falta de cumplicidade e responsabilização da mãe no tratamento, mas persiste na mesma conduta sem refletir o problema com a mãe:

Então como eu tenho muito a visão integral..., não importa a queixa principal, eu vou abordar primeiro as outras questões e por fim vou abordar essa questão. [...] a senhora reparou que seu filho tem um peso acima do que seria desejado [...] Então neste momento as famílias se manifestam dizendo que sim [...] Então aí começa um jogo de empurra: (a mãe diz): a criança vai e compra só o que ela quer [...] [profissional pergunta] mas quem que dá o dinheiro pra ela? (Médico 1).

Na anamnese a prioridade é conhecer a história da doença e de suas comorbidades, a identificação dos supostos erros alimentares, o tempo de

sedentarismo, a quantificação da gordura pelo peso, estatura e IMC e genética positiva. A visão integral se restringe a identificação das doenças sem considerar a necessidade de investigação das dimensões psicossociais envolvidas na causalidade da obesidade. O tratamento orienta-se na correção do desequilíbrio energético para controlar o peso, com orientação de dieta para toda família e aumento da atividade física. O tratamento se inicia, mas as dificuldades logo se apresentam:

[após diagnóstico da obesidade] a gente começa o controle, pesar e medir [...] então eu marco com 15 dias. Se ele consegue ir perdendo peso, sem ganhos, sem nada, e [...] se está em ritmo bom faço bimensal ou trimestral (Médico 2).

Esta situação de sobrepeso é muito ligada à falta de atividade física e de uma alimentação saudável e muitas vezes uma orientação alimentar que a família abraça.. [...] mas é difícil (Médico 1.).

A palavra “controle” foi recorrente nas falas de muitos dos entrevistados - controlar o peso, marcar o controle, controle rígido – e parece ter sido usada muito neste contexto de tentar “disciplinar” o corpo obeso. No dicionário Michaelis, da língua portuguesa, a palavra “controle” tem seu significado relacionado aos termos regulação, comando, domínio e obediência, palavras com a conotação de “poder” sobre o outro, conforme foi transcrito abaixo:

Controle: **1** Ato de dirigir qualquer serviço, fiscalizando-o e orientando-o do modo mais conveniente. **2** Aparelho que regula o mecanismo de certas máquinas; comando. **3** Fiscalização e domínio de alguém ou alguma coisa: Controle de si mesmo (autocontrole), controle dos impulsos, das emoções, das paixões. [...] **7**. Controle social (sociologia): processo pelo qual uma sociedade ou grupo procura assegurar a obediência de seus membros por meio dos padrões de comportamento existentes. (Michaelis, Editora Melhoramentos, 1998 – 2009). Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portuguêsportugues&palavra=controle>

O profissional tende a ocupar um lugar de quem detém o poder e o saber para dominar o corpo e curar a obesidade, mas, no entanto, não tem clareza ou domínio sobre o que de fato deseja e o que de fato “demanda” seu paciente. É evidente que o profissional deve sensibilizar a família para a importância do tratamento, mas uma escuta para a motivação e demanda e também para a singularidade, seria crucial no tratamento (FRANC *et al.*, 2009; STORY *et al.*, 2002). Franc *et al.* (2009) alertam que a pressão ou a insistência para instituir o tratamento em uma família ainda desmotivada pode comprometer esforços futuros para perda

de peso. Consideram que os tratamentos não funcionam quando a família não está pronta e sugerem investigar a presença de um problema psíquico ou outros que possam estar impedindo o surgimento da demanda de tratamento.

Assim, nos relatos abaixo os profissionais narram como lidam com familiares que não colaboram no tratamento. A tendência é tentar sensibilizar com muita conversa esses familiares para que eles mudem de comportamento. O resultado costuma ser a exaustão do profissional com pouco resultado, pois a expectativa é de obediência às orientações:

[...] as famílias tentadora são as famílias que sentam pra comer, botam aquele monte de comida pouco saudável e realmente incentivam o adolescente a comer [...] (Médico 6).

Então vamos fazer o seguinte: na próxima consulta em vez de vir a senhora, peça seu marido para vir e trazer a criança na consulta. Ai ele vem eu tento sensibilizar. Às vezes ele vem em uma consulta e ele sabe que a gente vai falar a mesma coisa na outra e ai ele não vem na outra [...] (Médico 2).

Tentar fazer emergir a história da família rotulada de “sabotadora” pode ser uma saída melhor que estabelecer uma queda de braço com a família na tentativa de impor uma mudança de comportamento.

Por outro lado, é importante ressaltar que estamos em uma sociedade de avaliação e de controle, onde a autoridade do profissional já não existe. Neste tipo de contexto o profissional sente-se pressionado e tem a eficácia e a produtividade como meta: Deve curar seus pacientes!! Quando isto não acontece a responsabilidade (ou irresponsabilidade) é do paciente, pois ele trabalhou dentro da norma, do protocolo.

A presença de co-morbidades para alguns profissionais como a descoberta de uma hipertensão e dislipidemia, a partir da justificativa de que a maioria das famílias dificilmente adere ao tratamento, é uma oportunidade para provocar sentimentos de preocupação nos pais e uma motivação para mudança de comportamento. A suspeita ou a presença confirmada de uma comorbidade seriam, portanto, um instrumento útil para pressionar e sensibilizar a família.

É muito pouco frutífera a conversa com essas famílias [...] Qual é o procedimento que eu desenvolvi? Eu faço uma bateria de exames, para sensibilizar as famílias com um tipo de tratamento de choque! [...] (Médico 1).

[...] mas a melhor estratégia, quando eu consigo mesmo dela perder peso, não sou eu sozinha (aqui a profissional se refere a presença de um nutricionista atendendo também a família), eu sozinha eu não consigo, a não ser que se tenha alguma comorbidade, porque aí os pais se empenham

mais. Porque quando existe uma hipertensão as mães assustam [...] (Médico 2).

Assim, Médico 2, que atende famílias em áreas de grande vulnerabilidade social, solicita uma investigação laboratorial inicial também com este objetivo. Na sua experiência, tanto no centro de saúde, quanto no consultório, o envolvimento do nutricionista é fundamental para obter bons resultados, mas, na falta do especialista, a presença de uma comorbidade também mobilizaria a família, pela angústia que provoca nos pais. Uma dificuldade para lidar com situações de suposta resistência ao tratamento fica expressa nesta conduta.

Os profissionais, angustiados (e cobrados) diante dos pacientes com obesidade e complicações graves transferem esta angústia para os pais. No entanto, não há uma pergunta ou um movimento para tentar compreender por quais motivos a família não colabora ou se “recusa” a enxergar o problema. Como se estivessem **paralisados**, procuram, por exemplo, uma explicação na literatura médica, mas não diretamente com os pais, por meio de um diálogo aberto e reflexivo, perfeitamente possível quando um vínculo de confiança já foi construído.

Acho que eles não querem ver que aquilo é um problema pra eles. Tudo aquilo que eu não enxergo, eu posso passar despercebido. E isso é uma coisa que a gente vê escrito na literatura e a gente vê ao vivo e a cores, o não assumir, o não enxergar que o filho está ganhando peso, que o filho está ficando obeso (Médico 2).

Acredita-se que esta dificuldade do profissional pode estar localizada na sua formação no modelo biotecnológico, que tem como objeto de trabalho a doença e não o paciente. A presença de uma comorbidade o deixaria mais a vontade e menos engessado, para intervir no campo da doença. Difícil será transitar por terrenos pouco conhecidos, como as dimensões psíquicas e culturais inerentes às práticas alimentares no contexto de cada família, e investigar, para “além das comorbidades”, os reais motivos que impossibilitam a mudança de comportamento dos pais (FERREIRA, 2000). Caberia ao profissional, a partir de uma escuta refinada da história de vida da família e um olhar para a singularidade, saber provocar uma demanda de tratamento e não uma angústia (FERREIRA, 2000). Muitos profissionais de saúde também apresentam dificuldades de comunicação com pacientes de baixo nível socioeconômico, com outros valores culturais e baixo grau de instrução que pode dificultar este processo (FERREIRA; FONTES, 2010).

Estudo desenvolvido com experiências de pacientes diabéticos nos cuidados com a doença salienta que a estratégia de incutir medo nos pacientes, relatando-lhes o risco de complicações e suas consequências, nem sempre alcança os objetivos pretendidos e pode, inclusive, produzir um efeito contrário ao desejado, como uma reação negativa de destruição que podem levar os pacientes ao uso da negação para lidar com o medo excessivo (VILEIKYTE, 2000 apud SILVA CASTRO, 2009).

Brotons *et al.* (2005) demonstram que os clínicos têm muito mais facilidade para conversar sobre exames para prevenção de doenças, do que dialogar sobre as orientações práticas para prevenção e promoção da saúde. Para Ferreira (2000), afirmar ou afastar doenças orgânicas é tarefa fundamental do médico, mas limitar a tarefa do médico à investigação da doença reduz a prática médica:

[...] Certamente, em várias situações seria desejável abordagem mais ampla: “pois não, o que o traz aqui?” Assim, a desejada “relação médico-paciente” e a chamada “medicina integral”, ocorrem sob o viés semiológico, subordinadas à perspectiva da doença [...] (FERREIRA, 2000, p.119).

A experiência de Médico 5 reforça a importância do olhar diferenciado para cada indivíduo obeso, sem ideias pré-concebidas. Embora receba pacientes adultos com obesidade grave, não é a presença de uma comorbidade – e neste caso são várias - que motivam o paciente adulto a procurar o ambulatório de cirurgia bariátrica:

É difícil você ter uma pessoa que vai exclusivamente pela questão de comorbidade. Eu estou aqui porque realmente estou muito ruim em termos de hipertensão, diabetes [...] não é essa coisa. [...] é a vontade de ser diferente do ponto de vista do peso, da estética, do olhar do outro que está massacrando. [...] eles falam das comorbidades, porque tem coisas que são muito difíceis como dor articular que é muito limitante, mas isso não é a regra, mais comum são as outras questões [...] (Médico 5).

No estudo qualitativo de Oliveira (2008), que envolveu pais de adolescentes obesos, foi evidenciado que a preocupação dos pais estava mais relacionada com as dificuldades dos filhos nas suas inter-relações sociais, como as dificuldades de serem aceitos na escola, do que com a própria obesidade e suas complicações orgânicas. Não há dúvidas de que é muito importante sensibilizar e informar os pais sobre os riscos da obesidade e suas complicações, cujas

consequências para a saúde são muito graves. E muitos pais se sensibilizam, de fato, com questões que afetam diretamente a saúde do filho (RHEE et al., 2005). O equívoco é pensar que a presença da comorbidade será **rigorosamente** suficiente para provocar uma demanda de tratamento em todos os pais. Na experiência de Medico 6 que atende no ambulatório de adolescentes com obesidade moderada, apesar dos pacientes apresentarem comorbidades graves, como hipertensão e diabetes, dificilmente eles aderem ao tratamento.

[...] Isso não entra na cabeça deles, eles estão muito mais próximos da infância, da vacina que tinha de tomar no posto de saúde. É incompatível, é uma coisa que não caiu (a ficha) [...] então tomar um remédio para hipertensão é uma grande dificuldade porque eles quase não sentem sintoma nenhum e aquele remédio que aquele menino de 11, 12, 13 anos está tomando é o mesmo que o avô de 56, 59, 60 está tomando (Medico 6).

Para o comitê de obesidade da AAP, o clínico pode sensibilizar e evocar motivação nos pais, dizendo, sem julgamento, a sua preocupação com a saúde da criança, ao invés de tentar impor esta preocupação nos pais. Esta abordagem evita o comportamento de resistência e defesa decorrente de uma conduta mais diretiva e prescritiva, na qual o clínico informa a família a gravidade do problema de uma forma impositiva: "Seu filho está com IMC muito elevado e é importante que ele controle seu peso antes que o problema se torne maior " (BARLOW, 2007).

Apenas para ilustrar trouxe um caso discutido pela pesquisadora em um Centro de Saúde sobre uma avó que sempre faltava às consultas de seu neto obeso de dois anos, de quem ela era responsável. Ao ser questionada se a obesidade era uma preocupação para ela respondeu: *"eu perdi dois filhos com desnutrição...para mim o meu neto já está criado!"* Para a avó, que teve a experiência real de ter perdido filhos que **emagreceram** muito, a proposta terapêutica de emagrecimento provavelmente estaria sendo percebida como uma ameaça para a vida de seu neto.

Na fala abaixo, o pediatra está diante de um impasse: controlar o ganho de peso de seu paciente obeso, de 10 anos. Não sabe qual "doença" deve tratar com medicamento: a obesidade ou a hipertensão?

[...] Atendo um menino de 10 anos, obeso, hipertenso [...] que não tem jeito.. esse menino ou eu vou tratar a hipertensão dele ou vou tratar obesidade. (...) Não posso dar sibutramina*. Então eu dou sertralina, para ver se resolve, para ver se pelo menos eu controlo ele um pouquinho [...] (Médico 3)

Acredito que a resposta seria não tratar a doença, mas priorizar o tratamento da **criança** obesa que se apresenta com hipertensão e conhecer, para além da doença, sua história singular e o significado da obesidade em sua vida, enquanto um sintoma psíquico. Provavelmente a medicação antiobesogênica será ineficaz quando ainda não se sabe “o que está sendo tratado”. O tratamento da hipertensão quando indicado deve ser proposto **sem dúvida**, mas a adesão a este tratamento provavelmente estará dependente do cuidado integral e da motivação da criança.

Observa-se que Médico 3, de certa forma, fica “patinando” em cima do caso, na tentativa de adequá-lo a um tratamento pré-determinado. O tratamento já foi definido antecipadamente: inicialmente, recomenda-se aumento da atividade física e mudanças na dieta. Posteriormente, se houver falha, usar medicação adjuvante.

No entanto, a força em acreditar no poder da medicação pode levar o médico à alienação ao pretender curar o paciente obeso de uma condição com múltiplas causas com uma solução simplista. A prescrição da medicação pode simbolizar a vitória do pragmatismo e do materialismo sobre as questões subjetivas envolvidas no estado de obesidade. Os profissionais insatisfeitos com os resultados de um tratamento padronizado, atormentados pelos laboratórios que lançam medicamentos milagrosos para serem proibidos um ano depois, tornam-se impotentes para curar ou pelo menos para escutar a dor psíquica de cada paciente. Parece não ter outra solução senão tentar controlar corpos! Apóiam-se no discurso capitalista, hegemônico em nossa época que se sustenta na “lógica” do bem-estar e promete, com os produtos da ciência, solução fácil para problemas complexos (SEIXAS, 2009). A Medicina e os profissionais de saúde, alienados, ficam subordinados aos interesses econômicos vigentes (FERREIRA, 2000; SEIXAS, 2009).

Consequentemente, também os pacientes podem desenvolver uma idéia distorcida de que a obesidade deve ser tratada com medicamentos (SBP, 2008; SEIXAS, 2009) ou “outras dietas mais eficazes” e não se implicam no tratamento, tornando-se passivos diante do médico que supostamente acreditam que detém o saber sobre sua doença. A possibilidade da obesidade se tornar crônica é grande. Neste sentido, Médico 6 ressalta, com preocupação, o uso abusivo na prescrição de

medicação antiobesidade, relatando que muitos de seus pacientes adultos com obesidade grave foram medicados quando eram ainda crianças:

[...] temos casos de pacientes tão jovens quanto 10 anos de idade usando medicação, já! História de prescrição de medicamento nesta idade!. (Médico 5).

5.3.2. Inadequação na relação médico–paciente

Nas duas situações abaixo, Médico 1 interpreta algumas condutas da mãe que não correspondem às suas recomendações e expectativas como desobediência. Em consequência, assume uma postura punitiva, que revela uma grande inabilidade na relação médico-paciente.

Situação 1

[...] então ele é obeso e a senhora faltou às consultas com a nutricionista. Se a senhora não vem, [...] quem essa criança vai ter para auxiliá-la senão a senhora que é responsável, a senhora tem a responsabilidade legal [...] Então eu tento envolver a família nisso. Co-responsabilizar a família. O menor **depende** da família e eles são **os** responsáveis. [...] Quando você faz isso você cria um canal de comunicação porque eles têm muito medo do conselho tutelar...[...](Médico 1).

Situação 2

[...] O que é maravilhoso quando estiver tudo informatizado e tiver acesso ao prontuário multiprofissional [...] ai eu pego o que a profissional falou e cobro ali na hora. E se ela não seguiu ai eu vou poder pegar a mãe de calça curta (Médico 1).

Na primeira situação, Médico 1, na tentativa de sensibilizar a mãe sobre a importância da assiduidade às consultas com o nutricionista, relata uma conversa autoritária, em tom de ameaça, insinuando inclusive a possibilidade de intervenção do Conselho Tutelar. Refere-se a criar um “canal de comunicação” com a mãe, mas sem ofertar um espaço para o diálogo: descreve um monólogo de uma relação assimétrica que se assemelha a um “abuso de poder”. Sua expectativa de “co-responsabilização da mãe” está muito mais voltada para uma subserviência, do que para a participação ativa da mesma na construção de um plano terapêutico. Esta postura autoritária não estaria justificada, nem mesmo se um quadro real de negligência dos pais fosse realmente comprovado, exigindo o envolvimento do Conselho Tutelar.

Mais do que julgar ou lançar um olhar crítico à família caberia ao profissional compreender melhor a situação familiar, conhecer e considerar o que os pais pensam sobre a obesidade do filho e a proposta terapêutica ofertada. Porque esta família encontra-se funcionando desta forma e como ajudá-la?

A co-responsabilização no tratamento, conforme deseja Medico 1 implica na construção de vínculo e de uma relação de parceria com a mãe, que deve ter o direito à participação ativa na construção do projeto terapêutico de sua família.

Na situação 2, o ato de “pegar a mãe de calça curta” significa pegá-la desprevenida, de forma que não tenha tempo para dar uma boa desculpa que justifique sua “falta”. Diante de uma suposta “resistência” é fundamental o empenho do profissional em identificar as causas desse comportamento e analisá-las para oferecer a melhor ajuda possível à família (LOPES, 1997). A atitude do profissional de imposição, ou até de recusar tratar o paciente - largar o paciente para lá -, não são adequadas e podem desmotivar ainda mais a família. Uma resposta impositiva, como foi verificada nas duas situações, pode estar relacionada com sentimentos de autoridade ameaçada, frustração, raiva e até uma disputa de poder na relação com o paciente (LOPES, 1997). O aprimoramento da relação médico-paciente implica uma postura de humildade do profissional em questionar suas certezas e mobilizar conhecimentos, razão pela qual é de fundamental importância os momentos de reflexão sobre sua prática. Esta postura impositiva ressalta a necessidade de criar instrumentos de suporte aos profissionais médicos, para que eles possam compreender as próprias dificuldades em lidar com a complexidade e subjetividades do ser humano. A interação com outros especialistas, por meio do exercício da interdisciplinaridade, ajudaria o profissional a refletir também sobre sua atuação e superar esta dificuldade em lidar com uma suposta resistência da família, que o engessa no atendimento e o faz adotar condutas de repreensão, de exigência de obediência, que somente pioram a situação principalmente porque não promovem a vinculação do paciente.

O hábito alimentar, por fazer parte da identidade cultural do indivíduo, dificilmente será mudado em obediência a uma simples prescrição médica. O alimento faz parte da vida, das relações sociais e familiares e sua prescrição demanda sensibilidade e preparo (RODRIGUES; BOOG, 2006). O estilo de comunicação entre o clínico e os pais exige firmeza, mas uma abordagem sem

julgamentos no sentido de aumentar a receptividade pela família no processo terapêutico (MIKHAILOVICH; MORRISON, 2007).

Cabe ao profissional, no entanto, um olhar atento para identificar conflitos familiares ou outros fatores que possam estar interferindo no processo terapêutico e até sustentando a obesidade dentro da família. A construção de uma relação de confiança com os pais possibilita a “permissão” para que o profissional conheça, pormenorizadamente, o funcionamento familiar na busca de alguma “pista” sobre o significado da obesidade da criança na família, enquanto um sintoma dos pais.

Tassara (2006), em estudo qualitativo com crianças obesas e seus familiares, descreveu a história de uma criança obesa, cuja mãe, com temor de que sua experiência traumática de abuso sexual se repetisse na vida de sua filha, não permitia que ela brincasse na rua com os colegas, mantendo-a confinada a maior parte do tempo em casa, assistindo à TV e comendo em demasia. O estudo desta família, na perspectiva da teoria familiar sistêmica, permitiu esclarecer vários aspectos das relações familiares que sustentavam a obesidade da criança, enquanto um sintoma da complexa trama familiar. De certa forma, as propostas terapêuticas poderiam estar sendo vivenciadas pela mãe como uma **ameaça à segurança da família**. A saída possível para este caso, provavelmente, não passa pelo julgamento e cobrança da família, mas pela escuta terapêutica que propicie à mãe re-significar suas vivências e cuidados com sua família.

Em estudo qualitativo com adolescentes obesos e familiares, Oliveira (2008) demonstra que um dos fatores que mais desmotivam a adesão ao tratamento é a relação autoritária e desrespeitosa por parte do profissional: *“Ela já tinha passado em um tanto de médicos até que chegou aqui. A senhora é paciente, não xinga. Foi isto que ajudou. / “Antes, a médica só me xingava. Então, sempre que eu voltava, eu estava mais gorda ainda”*.

Educar em saúde exige segurança, competência profissional e, sobretudo a capacidade de estabelecer uma aliança terapêutica com o paciente, criando um campo propício ao desenvolvimento de estratégias baseadas na parceria e não na competitividade (LOPES, 1997; OLIVEIRA, 2008).

Observar o relacionamento dos pais com os filhos é de grande importância na abordagem da obesidade e permite conhecer um pouco da dinâmica

familiar e dos fatores que podem estar contribuindo para o desenvolvimento da obesidade na família.

[...] A criança obesa, as vezes fica deprimida, porque ela não consegue perder peso. E tem uma cobrança muito grande dos pais [...] eles ao invés de ajudarem a criança, [...] da família fazer a dieta, a família fazer a atividade física, elas cobram só da criança obesa para que ela faça a dieta, faça exercício (Médico 2).

[...] É comum que fica um jogando contra o outro, a minha mãe comprou, a minha mãe me deu, a minha mãe falou pra eu comer, então ela vira e fala que ela esta comendo escondido. / Ela manda na comida dele e ela e ela vai cobrar e ela vai encher o saco. Isso interfere no resultado porque o menino fica muito dependente (Médico 3).

[...] seja com a avó, a mãe, as pessoas não assumem pra si este tipo de responsabilidade, sempre colocam a responsabilidade no avô, no tio, no pai, sempre tem alguém da família que é responsável (Médico 1).

A exposição que os pais fazem de seus filhos diante do médico ao relatar, durante a consulta, o comportamento dos mesmos que consideram inadequados é muito frequente. O problema é colocado como se faltassem aos filhos controle e disciplina em relação à comida. Os pais, muitas vezes têm a expectativa de que os profissionais farão uma intervenção para resolver o problema. Construir uma relação de cumplicidade com os pais e criticar a criança na consulta será danoso, mas o contrário também é, conforme relato abaixo:

Porque ela cobra, ela até às vezes vira pra criança na minha frente: você escutou o que a médica falou? Eu viro pra mãe e falo: e a senhora escutou o que eu falei para senhora? Que não é pra ter em casa, que é pra senhora ir com ele fazer atividade (Médico 2).

Trata-se de um momento delicado que exige muito cuidado do profissional na construção da relação com o paciente e pais, sem a necessidade de desafiá-los. O confronto direto com a mãe, como foi feito, implica em uma relação de poder e cobrança de obediência dos pais e não promove a construção de uma transferência e vínculo entre profissional e pais. Assim, o profissional confrontando a mãe na frente da criança, teve o mesmo comportamento inadequado da mãe expondo o filho na consulta. O resultado costuma ser desastroso levando ao afastamento da família. Nesses casos, cabe ao profissional uma reflexão sobre as crenças e preconceitos que os pais trazem de seus filhos e a sabedoria de enfrentar o momento com uma atitude elaborada, lembrando que embora o profissional tenha responsabilidade com os pais, o paciente é a criança e **nela** deve estar focado a

relação (FERREIRA; FONTES, 2010). Durante o depoimento dos pais, por exemplo, o profissional pode interromper e dizer à criança: eu estou escutando seus pais agora, mas daqui a pouco vou te escutar. Ou marcar outro momento para conversar com os pais sem a criança. Se for adolescente, o melhor seria ofertar um momento somente com ele.

5.3.3. Sobre as famílias: consumo e desamparo

A maioria dos profissionais entrevistados observa que crianças e adolescentes, inclusive os obesos, têm ficado muito sozinhos em casa, durante o trabalho dos pais. De acordo com os profissionais, estas crianças também são mais sedentárias, permanecem longo período na frente da TV ou do vídeo game e apresentam ingestão alimentar excessiva. De acordo com eles, as famílias de nível socioeconômico mais baixo não costumam ter um responsável que acompanhe as crianças para locais adequados para prática de brincadeiras ou de esportes, como praças e academias.

[...] De um modo geral, uma grande parte dessas crianças são cuidadas pela avó ou ficam sozinhos em casa. São crianças de uns doze anos que as mães trabalham [...] (Médico 1).

[...] Quando os meninos não estão na escola integrada, eles estão sozinhos em casa o dia inteiro comendo e vendo televisão ou jogando videogame e no computador [...] (Médico 3).

[...] Eu falo pra mãe: tem de fazer uma atividade física, tem de tirar esse menino da frente da televisão, do computador, tem de fazer uma coisa que ele gosta, mas quem é que vai levar e buscar? [...] (Médico 3).

Alguns profissionais demonstraram angústia e preocupação com o fato das crianças ficarem sozinhas em casa. Médico 3 lamenta a situação, que considera um crime. Percebe que as mães têm pouca alternativa, exceto a possibilidade de deixarem os filhos na escola integrada e acredita que a falta de tempo para o cuidado com os filhos, em virtude do excesso de trabalho seja algo inevitável e que não pode ser mudado. Coloca-se também na mesma situação das outras mães.

[...] a realidade daqui é um crime, não tem mais aquela realidade da avó ou tia que não trabalha ou tinha alguém em casa com os meninos [...] aqui não tem isso porque a avó trabalha, a tia trabalha, a vizinha trabalha
[...] Eu sou muito boazinha, eu tenho muita dó da mãe, acho que mãe que trabalha isso é complicado, isso tudo, a gente é mãe, a gente sabe que é complicado [...] como é que você vai sair do serviço [...] você precisa daquele dinheiro [...] acho que a escola integrada vai ter de ser obrigatória e ela precisa ser repensada [...] a escola não tem espaço físico (Médico 3).

Em virtude das exigências atuais, os pais têm cada vez menos tempo para ficar com os filhos e maior necessidade de mantê-los ainda pequenos sob os cuidados de babás, creches e escolas infantis, para que fiquem em maior segurança enquanto trabalham. Na falta desta estrutura, muitos deixam seus filhos sozinhos em casa, expondo-os a diversos riscos e sentimentos de insegurança, solidão, sensação de abandono e desamparo (FREITAS, 2009; OUTEIRAL, 2007). A exposição à TV pode abstrair-los um pouco desses sentimentos, mas não “solucionam” o problema. Ao contrário, ainda gera outra situação inconveniente: a TV não mediada pelo adulto, uma situação preocupante na qual a responsabilidade dos pais pela transmissão de valores para crianças e adolescentes é terceirizada para a mídia.

Dessa forma, independente de ficar em casa, sozinhos, com babás ou na escola, a convivência dos filhos com os pais tem sido cada vez mais restrita em quantidade e qualidade, comprometendo a educação, os vínculos e laços afetivos familiares. Hoje é comum, em muitas famílias, filhos e pais não estarem juntos em nenhuma refeição, mesmo quando todos os membros da família estão em casa, deflagrando na mesa vazia as rupturas afetivas do laço familiar.

Campos (2005 citando Carneiro, 2003) enfatiza a importância do alimento na nossa cultura fortalecendo os laços sociais:

[...] A função mesma do alimento, mediante o simbólico, é fazer laço social [...] promover a união do grupo], atuando como vínculo entre os homens no coletivo; em segundo, ele estabelece o vínculo entre o homem e Deus no plano universal; e por fim, o alimento enlaça a mãe e a criança no singular de cada um. A alimentação, junto com a respiração, é a mais básica necessidade humana. Aliás, como nem só de pão vive o homem, o alimento encontra-se materializado na cultura. Então, o que se come, se torna tão relevante quanto onde se come, com quem se come, quando se come, como se come, quanto se come e a qualidade daquilo que se come (CARNEIRO, 2003: 2 apud CAMPOS, 2005).

Assim, muitas mães chegam exaustas em casa depois de um dia de trabalho e ainda precisam lidar com tarefas domésticas - além dos trabalhos que costumam levar para casa -, ausentando-se do convívio com os filhos, mesmo quando se encontram em casa. A relação familiar centra-se prioritariamente nas necessidades físicas da criança, ou seja, na alimentação, na higiene, no sono, com pouca atenção às suas demandas afetivas e emocionais. Nesta sociedade tecnológica, consumista e competitiva prioriza-se a aquisição de bens, ficando a maternidade relegada para segundo plano (FREITAS, 2009; OUTEIRAL, 2007). Esse comportamento tem sido observado, inclusive entre mães que não trabalham, demonstrando que a presença materna em casa não é uma garantia de amor (FREITAS, 2009).

Outeiral (2007) em reflexão sobre famílias na contemporaneidade, enfatiza que o desamparo, principalmente em etapas iniciais do desenvolvimento responde por várias questões na sociedade, como a violência e drogadicção, que vêm crescendo concomitantemente com outros sintomas, dentre eles a obesidade (FREITAS, 2009). Freitas (2009), considerando as consequências para o desenvolvimento psíquico dos filhos alerta sobre a necessidade da sociedade refletir acerca do ritmo de vida imposto culturalmente às mulheres e seus diversos papéis na sociedade e na família. Em seu estudo com crianças obesas em atendimento psicanalítico, salienta que o desamparo e o consumismo coexistem no mundo contemporâneo. Se o desamparo aumenta sobrevêm sentimentos como a angústia e frustração, que são mascarados com o consumo de produtos milagrosos garantidos pelos pais, inclusive de alimentos:

[...] A obesidade pode ser vista como um excesso de consumo de alimento – alimento que é oferecido pela mídia capitalista – e que as mães oferecem no lugar do que não podem oferecer – elas mesmas [...] (FREITAS, 2009, p.125).

Para as famílias monoparentais femininas, cujo número aumentou também nas últimas décadas, principalmente entre as mulheres de nível socioeconômico menos favorecido, a situação tende a ser mais dramática. São mulheres que quase sempre garantem sozinhas o sustento da família e enfrentam dificuldades de toda ordem, dentre elas a falta de qualificação profissional pela baixa escolaridade, difícil acesso ao mercado de trabalho, empregos extenuantes, custo

de vida elevado e necessidade de enfrentar dupla jornada de trabalho. Concomitantemente, enfrentam ainda a precariedade das medidas assistenciais prestadas pelo Estado, que ainda não oferece para população de baixa renda creches e escolas em quantidade e em qualidade suficientes em tempo integral, embora tenha crescido muito o investimento das políticas públicas em ofertar espaços de ensino e culturais adequados para as crianças e adolescentes.

Apesar da preocupação com as crianças e adolescentes sozinhos em casa, a conduta dos profissionais se direciona somente para o tratamento (pré-determinado) da obesidade. Observa-se um movimento insistente para tentar solucionar a inatividade física nestas condições (criança sozinha em casa) com inúmeras tentativas (heróicas!) de encontrar soluções pragmáticas para adequar a realidade da criança ao tratamento pré-determinado proposto, conforme descrito abaixo:

[...] vou conversar para ver se o cara [de uma academia do bairro] faz um precinho camarada, para ver se consegue encaminhar os meninos em um horário que não está muito cheio [...]
[...] de repente tem uma mãe que está mais a toa naquele horário e pode (...) levar todo mundo (Médico 3).

Nesse sentido, muito mais que “tratar” o sedentarismo, ou enquadrar a criança obesa a um tratamento pré-determinado, **seria esclarecer qual tratamento esta criança precisa**. A obesidade, nestes casos, não poderia ser um sintoma psíquico decorrente de uma possível situação de desamparo na qual estas crianças estão expostas? No entanto, estas questões não emergem nas falas dos profissionais e, aparentemente, são deixadas de lado. Trata-se de condição extremamente complexa, e seria oportuna a discussão interdisciplinar desses casos complexos que permita emergir entendimento ampliado da dinâmica familiar, da qualidade do vínculo mãe-filho, possibilitando a construção de um Plano Terapêutico Singular e encontro de soluções possíveis para cada caso, que ofereça maior proteção a essas crianças (BRASIL, 2009). Seria útil, por exemplo, a oferta de uma escuta para essas mães, ajudando-as, sem culpá-las, a re-significar o modo de cuidado, afeto e convivência com os filhos e o estilo de vida imposto às mulheres na sociedade contemporânea (FIGUEIREDO, 2010; FREITAS, 2009).

Nos protocolos ou diretrizes técnico-assistenciais sobre obesidade é comum a orientação para investigar as “horas em que a criança fica na frente da

TV”, mas nenhuma orientação em verificar o tempo em que ela fica sozinha e sem referência em casa, sem os cuidados dos pais ou de um adulto.

O Comitê Técnico da AAP salienta que o convívio da família nas principais refeições, nas quais pais e filhos podem comer juntos, favorece o crescimento saudável prevenindo o excesso de peso, uma vez que além de trazer benefícios psicossociais à criança, as refeições em família geralmente são mais cuidadas e oferecem alimentos de melhor qualidade (BARLOW, 2007). Oliveira (2008), em seu estudo qualitativo, observa que para alguns adolescentes obesos, com dificuldades para emagrecer, o alimento troca de lugar com o amor: *“Eu quase não vejo minha mãe e queria muito que ela se sentasse comigo para comer, pelo menos no domingo”*. Apenas para melhor exemplificar um caso clínico: Certa vez, em ambulatório da atenção primária, a mãe de um menino de quatro anos obeso relatou que o filho sempre se queixava quando ela saía de casa para trabalhar: “Mamãe vai trabalhar hoje não. Fica aqui comigo”. E a mãe sempre respondia: “Oh filho, mamãe não pode. Mamãe tem de comprar as **coisas** pra gente!” Ao retornar do trabalho, o filho pedia comida para a mãe a todo instante, enquanto ela estava ocupada com tarefas domésticas. A mãe cedia o alimento: “como posso deixá-lo com fome?” Dessa forma ela negociava mais tempo disponível para terminar o trabalho doméstico acumulado. O alimento era dado em troca do afeto. A criança permanecia insaciada de sua fome de amor.

5.3.4. Sobre os apoios sociais e o papel da escola

[...] Continuo com menino na escola integrada engordando um quilo e meio a dois quilos por mês, ta? [...] os meninos relatam que eles almoçam duas vezes, eles jantam duas vezes [...] que ele pode entrar na fila e comer quantas vezes ele quiser ..porque na escola não tem controle, as vezes a mãe trabalha o dia inteiro, o menino fica na escola integrada, [...] e como é que eu vou abordar isso, não tem jeito, por mais que ela chega em casa e que ela tem uma disciplina alimentar, uma orientação alimentar, não tem jeito, o menino tá na escola e tá comendo muito [...] (Médico 3).

O profissional no relato acima mostra muita preocupação com relação aos pacientes que supostamente estão engordando na escola integrada, o que demonstra claramente seu empenho e comprometimento. No entanto, uma intervenção neste processo deve acontecer com envolvimento dos profissionais

envolvidos e, sobretudo, deve considerar a autonomia e implicação do paciente e da família no processo. Seria importante um espaço de escuta dos pacientes no sentido de tentar compreender o que os levam a comer exageradamente na escola ou quais outros fatores poderiam estar contribuindo para o desenvolvimento da obesidade. Quais repercussões teriam para estas crianças e adolescentes, por exemplo, o fato de não compartilharem suas refeições com a família? Outro aspecto relevante seria definir o papel da escola neste processo: os educadores ou cantineiros podem vigiar ou controlar a quantidade de alimento que a criança está ingerindo? Para esta discussão seria necessário estreitar as relações entre os profissionais (gestores) envolvidos, de modo a, de forma compartilhada, discutir e refletir intersetorialmente – Programa Saúde na Escola - o tema: como a escola poderá contribuir para a prevenção e tratamento dos alunos com obesidade? Ao mesmo tempo, se o excesso alimentar está acontecendo realmente no ambiente escolar, incentivar as mães a procurarem os educadores na tentativa de compreender o que se passa com seus filhos na escola e como poderiam abordar a questão de forma cuidadosa e singular, evitando exposição ou discriminação dos alunos.

A educação e saúde, hoje, não podem mais estar desvinculadas das ações conjuntas de promoção da saúde, mas a construção dessa aproximação deverá ser feita de forma ética, para que ninguém seja desrespeitado, muito menos os alunos.

Em vários países, por estímulo da OMS, as escolas têm sido alvo de intervenções das políticas públicas com o objetivo, principalmente, de controlar o aumento expressivo da obesidade e das doenças crônicas não transmissíveis, tais como as doenças cardiovasculares, diabetes tipo II e câncer (OMS, 2003). Por ser um espaço onde crianças e adolescentes passam boa parte do tempo, as escolas tornam-se locais oportunos para desenvolvimento de práticas educativas em saúde, dentre as quais as relacionadas com a alimentação saudável (OMS, 2003). Assim, no Brasil, a Portaria nº 1.010, de 2006, elaborada conjuntamente pelos Ministérios da Saúde e Educação, definiu as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional, dentre as quais destacam-se: oferta de alimentação balanceada em qualidade e quantidade, conjuntamente com o desenvolvimento de educação nutricional incluído no contexto curricular e o

monitoramento do estado nutricional das crianças, com ênfase no desenvolvimento de ações de prevenção e controle dos distúrbios nutricionais (BRASIL, 2006).

Apesar da importância clínico epidemiológica do problema, estas intervenções estão recebendo muitas críticas consideradas pertinentes. O Comitê de Obesidade da AAP alerta para alguns riscos potenciais, dentre os quais a avaliação do IMC e identificação de crianças e adolescentes com excesso de peso nas escolas. Ressaltam a preocupação legítima com a estigmatização e danos psíquicos por rotular crianças e adolescentes que podem ser alvo de chacotas, discriminação e exclusão e recomendam que os consultórios, por serem privados, sejam os espaços apropriados para conferência antropométrica e identificação de indivíduos com distúrbios nutricionais. Aconselham, também, que esta responsabilidade seja dos clínicos, que devem se aproximar de forma sensível, para minimizar o constrangimento e evitar danos psíquicos à criança e adolescente. Com relação a esse tema, Maria Rita de Assis Cesar adverte sobre os incômodos de medir as crianças na escola pelas reações de grande desconforto em relação à balança, choro em reação ao beliscar do adipômetro e pelo ato de classificação, nomeação e evidência da criança obesa:

[...] “mas na nova pedagogia alimentar que começa a adentrar as instituições escolares, medindo, pesando e prescrevendo condições para os corpos infantis, criam-se novas hierarquias, separações e, sobretudo, novos mecanismos de exclusão e dicotomias hierárquicas entre os corpos gordos e magros, saudáveis e doentes, normais e anormais” [...] Nessa lógica, a nova anomalia escolar deixará de ser a criança indisciplinada, pois essa já pode ser farmacologicamente tratada e sedada, para recair sobre a criança obesa, que renitente às investidas pedagógicas, deverá ser o novo alvo da medicalização (CESAR, 2009, p.??)

Acrescenta que as novas formas de oferecer alimentação na escola, conforme a necessidade calórica das crianças, como já vem acontecendo em algumas capitais brasileiras, estabelece diferenças entre as normais e as obesas, podendo levar à discriminação e exclusão (CESAR, 2009).

É importante ressaltar que para orientar a implantação das diretrizes propostas na Portaria nº 1.010, foi disponibilizado o *Manual operacional para profissionais de saúde e educação*, no qual são destacados os dez passos para a promoção da alimentação saudável nas escolas. Este documento esclarece que as diversas ações sugeridas para implementar as diretrizes não podem ser prescritivas, mas devem respeitar e se adequar à realidade de cada local, a partir da discussão,

análise e proposição de soluções em conjunto com a comunidade escolar e demais representações, valorizando, sobretudo, a participação da família no processo. Esclarece também que a adesão da comunidade escolar às mudanças na alimentação da cantina depende do envolvimento e apoio da direção escolar e deve ser instituída por meio de um grupo de trabalho composto por integrantes da direção da escola e outros funcionários, com a participação ativa dos alunos nas mudanças, inclusive na degustação e escolhas dos alimentos saudáveis. Ressaltam que o estabelecimento da parceria escola-família permite a formação de cidadãos com conhecimentos e habilidades para análise crítica de questões da contemporaneidade, incluindo os problemas do processo saúde-doença-cuidado (BRASIL, 2009 a/b).

O estudo de Davanço, Taddei e Gaglianone (2004), realizado em escolas públicas do município de São Paulo, ressalta a importância da sensibilização e preparo dos professores no sentido de conscientizá-los sobre o papel da escola no processo de transformação do comportamento alimentar de crianças, mas sugerem outros estudos para avaliar melhor o impacto de ações educativas em nutrição que envolve professores e alunos no espaço escolar.

Diante desses impasses na implantação da alimentação saudável nas escolas torna-se urgente ampliar a promoção de debates também entre gestores da saúde e educação, no sentido de encontrar caminhos possíveis para construção das melhores estratégias de promoção da saúde nas escolas, que abrangem os cuidados com a criança e adolescentes obesos, que sejam absolutamente éticas, efetivas e adequadas para todos que participam da comunidade escolar.

5.4 A PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS COMO FACILITADORA DO TRATAMENTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE.

Nesta categoria foram identificadas três subcategorias, descritas e discutidas a seguir.

5.4.1 Concepção: obesidade enquanto uma condição complexa

Na concepção de alguns profissionais entrevistados a obesidade pode ser entendida como um sintoma psíquico que se manifesta no corpo, algo que para o sujeito ainda precisa ser revelado e cuidado. O tratamento ofertado por esses profissionais deve abordar e deixar emergir os problemas afetivos/emocionais que, na maioria das vezes, desencadeiam e sustentam a obesidade. A história de seus pacientes com obesidade grave está repleta de inúmeros tratamentos fracassados, cuja abordagem privilegiava o tratamento da doença (sintoma) e dispensava a subjetividade do paciente, como se a parte submersa do *iceberg* estivesse sendo ignorada. Ao contrário, na abordagem da obesidade enquanto uma condição complexa, o paciente obeso poderia prescindir de seu sintoma ao privilegiar cuidar de suas questões subjetivas e o médico privilegiar e deixar emergir a real demanda de tratamento e o saber que vem do paciente sobre seu sintoma. Nesse caso, é interessante ressaltar que o foco do tratamento não é o emagrecimento, mas o tratamento do sujeito obeso.

Segundo os profissionais entrevistados da atenção secundária (ambulatório de cirurgia bariátrica (Médico 5) e de adolescentes com obesidade grave (Médico 6), os ambulatórios desde sua implantação ofertavam atendimento com equipe interdisciplinar, por acreditarem que a integração de diferentes saberes propiciaria compreensão ampliada dos casos clínicos e escolha de condutas terapêuticas mais apropriadas ao paciente.

[...] a gente sabe que o problema é bem complexo e que olhares diferentes sobre uma mesma pessoa fazem muita diferença. Isso contribui para ajudar essa pessoa. [...] as vezes uma coisa que eu não consigo perceber, as vezes o psicólogo percebe, a nutricionista percebe, as vezes ele não fala comigo, mas fala com outro profissional. [...] Nós fazemos reunião sem eles (pacientes) para discutir os casos, para saber como as pessoas estão, como nós vamos lidar, o que aconteceu, o que fazer [...] (Médico 5).

No ambulatório de cirurgia bariátrica a discussão interdisciplinar dos casos atendidos com os especialistas possibilita a escolha de uma ação comum, evitando atos fracionados e às vezes conflitantes, com riscos de gerar prejuízo ao paciente. Como exemplo, se um paciente adulto tem uma obesidade como um sintoma no corpo decorrente de um conflito psíquico que ainda não foi adequadamente tratado, mas, mesmo assim, a cirurgia bariátrica é realizada, os resultados pós-cirúrgicos poderão ser desastrosos.

[...] pessoas que você percebe que tem uma dificuldade na questão do envolvimento sexual, tanto da opção que às vezes não fica muito expressa... [...] Então eu estando obeso isso é também um ganho secundário, ninguém vai olhar pra mim, eu afasto o olhar do outro ao invés de enfrentar [...] E se ele entra na cirurgia sem ter refletido sobre isso vai ser um problema depois.. Mesmo se ele não refletir, depois ele vai ter que se posicionar [...] as vezes é preciso desistir da cirurgia (Médico 5).

Por isso, muitas vezes a cirurgia não é realizada, para proteger o paciente de um risco maior. A opção então é desistir da cirurgia e propor outra intervenção mais adequada para o paciente. Assim, a equipe interdisciplinar do ambulatório de cirurgia bariátrica *convoca* o paciente para tratar a verdadeira causa de sua obesidade. Ou seja, se a obesidade para o sujeito funciona como um sintoma decorrente de um conflito psíquico que ainda não foi adequadamente abordado, a única opção agora é motivar o paciente para iniciar um trabalho psíquico terapêutico, que não poderá mais ser postergado. Não há mais tempo de cometer os mesmos equívocos dos tratamentos anteriores. Ou se trata o que há por trás da obesidade ou a cirurgia não poderá ser realizada, pela grande possibilidade de agravamento do quadro. A subjetividade do paciente, provavelmente abolida nos tratamentos anteriores, precisa agora ser ressaltada e considerada. Portanto, a partir da interlocução entre os especialistas é possível ressaltar alguns aspectos singulares do funcionamento psíquico do sujeito obeso, com melhor entendimento e direcionamento do seu tratamento. A ciência não levando em conta o fator subjetivo no tratamento se depara frequentemente com o fracasso, pois não pode prescindir de entender os mecanismos de fundo, como a demanda e o desejo, que desencadeiam e mantém o ganho de peso (CAMPOS, 2005).

Nesse sentido, Medico 5 ressalta que explorar os aspectos subjetivos é a única possibilidade pois o uso de medicação nesta população com obesidade grave é um risco. Existem muitas restrições, pois, em decorrências das inúmeras comorbidades, o paciente já usa muitas medicações e todas com reações adversas e com interações medicamentosas.

[...] Mas a gente não tem um tratamento medicamentoso adequado para obesidade, então... é tudo bastante difícil. São vários medicamentos com contra-indicação. inclusive usam tanta medicação, por causa das morbidades.. [...]. porque a taxa de comorbidades é muito elevada nesta população que eu lido [...] Então, medicação já usam todas , comorbidades já têm todas [...] Médico 5

No entanto, é freqüente que muitos pacientes tenham dificuldades em direcionar para o profissional seus problemas psíquicos que mantêm a obesidade. É preciso ajudá-los, abrindo espaços para que eles possam sair da postura passiva de querer ser “emagrecidos”, provavelmente até reforçada nos tratamentos anteriores.

O excesso de ingestão e o gasto inadequado é a causa imediata, mas o que está por trás são outras coisas [...] Não é tão comum assim você ver uma pessoa engordando progressivamente só pelo prazer de comer [...] Eu gosto de comer, eu gosto de fazer comida... não é só pelo gosto, a maioria não é essa história, a história é diferente, não é só isso. A gente faz umas reuniões com eles para esclarecimento, para colocá-los para pensar no que eles estão querendo fazer, a necessidade de se responsabilizar, porque muitos ficam esperando a coisa vir de fora pra dentro, porque eles querem que venha tudo pronto pra eles, eles não têm nenhuma responsabilidade neste processo, eles querem ser emagrecidos [...] é gozado isso. Então a gente faz essas reuniões para esclarecer, abre espaços para que eles falem e de certa forma é como aquela música: você tem fome de que?? (Médico 5).

Relatos publicados de experiências desenvolvidas em ambulatórios especializados no tratamento cirúrgico da obesidade demonstram também esta preocupação (TRAVADO *et al.*, 2004). A experiência da interdisciplinaridade também permite que o especialista aprimore a sua formação, preenchendo lacunas que foram geradas ainda na faculdade, acerca de como lidar com as demandas subjetivas. Os psicólogos, por exemplo, durante a discussão dos casos, podem dar apoio e segurança para que um único profissional (médico ou nutricionista) conduza o atendimento dos pacientes, sem necessariamente de encaminhar todos os pacientes para o psicólogo. Evita-se retalhar o paciente encaminhando-o para diversos profissionais e fragmentando a abordagem (FERREIRA, 2000; FIGUEIREDO, 2010). O suporte simultâneo aos profissionais envolvidos no atendimento foi enfatizado como outra vantagem, descrita com entusiasmo por Medico 6.

[...] a equipe de psicologia e de serviço social trabalhavam com a equipe, as questões de cada paciente, mas nem sempre atendendo aquele paciente. [...] estes profissionais davam uma ajuda, uma capacitação a quem atendia efetivamente no dia a dia. O paciente tinha uma questão emocional e esta questão era discutida com a gente [...] se a psicóloga entendesse que ele realmente precisava de uma assistência especializada, uma psicoterapia era marcada e iniciava um trabalho específico com a psicoterapia. [...] os casos eram sempre discutidos no final do atendimento, [...] e durante o atendimento a gente saía da sala e ia lá passar o caso para psicóloga e assistente social ali na hora (Médico 6).

[..] e a gente foi aprendendo juntos, fazendo, e com certeza eu acho que hoje é melhor do quando começamos, para escutar, para entender, a gente foi ficando mais tarimbado, mais atento a algumas coisas [...] é interessante porque tem as pessoas que coordenam o atendimento, por exemplo, tem a nutrição, tem os estagiários, comigo, por exemplo, tem os médicos residentes e a gente discute esses casos ao longo do atendimento (Médico 5).

A interdisciplinaridade permite que os especialistas se debrucem sobre a subjetividade do paciente, reconhecendo as complexidades envolvidas no caso e escolhas terapêuticas singulares. Condutas padronizadas e prescritivas que não consideram a real necessidade do paciente podem ser assim evitadas, uma vez que, nem sempre a demanda que o paciente traz, inicialmente, corresponde ao que ele deseja ou precisa de fato. Dessa forma, um pedido de ajuda de emagrecimento, principalmente se o quadro de obesidade é grave, pode estar encobrindo outras questões - até mais relevantes - que se encontram ainda veladas em um primeiro momento. O exercício da interdisciplinaridade, que promove também a habilidade e sensibilidade do profissional, permite deixar surgir o real desejo do paciente (FERREIRA; FONTES, 2010).

[...] Além do mais, não é necessário ser psicanalista, sequer médico, para saber que, quando alguém demanda algo, isso não é idêntico, e às vezes é inclusive diametralmente oposto, àquilo que se deseja. Introduz-se, assim, a estrutura da falha que existe entre a demanda e o desejo [...] (BARRETO, 2010, p.26).

Assim, a interação entre os especialistas possibilita o exercício da interdisciplinaridade, cujo objetivo é ampliar a compreensão acerca da situação específica de cada paciente, considerando seu contexto e história de vida, que se dá a partir dos elementos fornecidos pelo sujeito, garantindo a construção de um plano terapêutico voltado para as suas reais necessidades (BRASIL, 2009; FIGUEIREDO, 2010).

Médico 6 traz uma experiência interessante que ressalta a importância do paciente se sentir vinculado e ancorado por um profissional que compõe a equipe, isto é, que tenha o papel de ser o principal responsável por ele, a partir da construção de uma relação de confiança entre os dois. Trata-se de uma adolescente obesa, com comorbidade (resistência à insulina), que deixou de frequentar o ambulatório após um atrito com Médico 6. Este atrito se deu porque a profissional cobrou da adolescente obediência ao tratamento.

E essa menina continua ganhando peso e acho que um dia nós erramos na dose: Puxa, não é possível! E ela se sentiu ofendida e sumiu, e eu acho que com razão, ela tinha razão. Mas ela tinha vínculo muito forte com a assistente social e ela foi atrás e conseguiu marcar consulta com ela (Médico 6).

A boa relação que a adolescente tinha com a assistente social permitiu o “resgate” e sua vinculação novamente no serviço. Houve uma mobilização da equipe para solucionar um problema que surgiu na relação profissional-paciente, uma experiência muito enriquecedora para Médico 6, que se permitiu refletir sobre sua atuação e modificar condutas posteriores. Para Freire (1996), a habilidade de refletir sobre o que se pratica promove a ampliação da capacidade de análise e de intervenção no campo em que se atua.

[...]é pensando criticamente a prática de hoje ou de ontem que se pode melhorar a próxima prática (FREIRE, 1996, p.43).

A construção da interdisciplinaridade não é uma tarefa fácil sendo um processo no qual vários aspectos precisam ser percebidos e cuidados. Esses se relacionam principalmente com as habilidades nas relações interpessoais, que implica na comunicação adequada entre os profissionais, com discussão sobre as diferentes visões dentro da equipe, possibilitando a horizontalização das relações de poder internamente. Para isso é imprescindível sentar e conversar, desenvolver um aprimoramento na comunicação para tornar a mensagem compreensível para os participantes em um exercício desafiante do profissional de pensar colaborativamente com os demais sem perder sua singularidade de pensamento e criatividade (MENDES; LEWGOY; SILVEIRA, 2008). No entanto, o que se quer almejar é o cuidado do paciente, de forma que a subjetividade na causa e condução do tratamento seja considerada.

5.4.2 Um olhar para a obesidade mórbida: o que os casos graves nos ensinam. A construção do vínculo como facilitador do tratamento

Médico 5 (ambulatório de cirurgia bariátrica) enfatizou a importância da prevenção como importante saída para a obesidade ao descrever, com emoção, as diversas histórias de sofrimentos e fracassos vivenciados pelos pacientes adultos com obesidade grave. A partir de suas histórias podemos tecer uma crítica sobre a formação discursiva do paradigma do modelo biotecnológico que padroniza o tratamento da obesidade. São histórias que revelam diversas oportunidades perdidas de tratamento e prevenção de complicações advindas da obesidade. Eles relatam diversos tratamentos anteriores, peregrinações por vários profissionais e uso de uma miscelânea de dietas, medicamentos e fórmulas milagrosas com a finalidade de perder peso.

[...] Então eles chegam já a ponto de desistir de tudo [...] a auto-estima extremamente baixa, sensação de fracasso, uma sensação que já fizeram muita coisa e não conseguiram, uma cobrança muito grande dos familiares, cônjuges, filhos [...].

[...] Eles vêm de vários tratamentos, a maioria sem uma persistência, dietas inúmeras, conhecem todas..., já passaram às vezes por atendimentos médicos, atendimentos adequados e não adequados. Então a gente vê de tudo: prescrição de fórmulas inadequadas com diuréticos, laxativos, drogas que atuam no sistema nervoso central... drogas variadas e doses variadas, dietas dos amigos (Médico 5).

As primeiras intervenções terapêuticas ocorreram ainda na infância ou no princípio da adolescência, coincidindo com o início do quadro de ganho de peso. Eram tratamentos geralmente conduzidos por pediatras, mas com abordagens focadas principalmente na prescrição de dietas restritivas, com muitas proibições, o que os levava a comer escondido.

[Sobre as primeiras intervenções]: [...] as intervenções que a gente escuta eram com orientação alimentar, geralmente com muita restrição, com muita proibição e [...] proibir não dá certo, e orientação para aumentar a atividade física [...] os pais levavam ao médico, esse médico quase sempre, no início era o pediatra. [...] Eram levados para esses tratamentos, mas escondidos faziam o contrário [...] (Médico 5).

Estas dietas trazem uma série de inconveniências, com sérias consequências para a pessoa que se submete a ela. As recomendações giram apenas em torno do alimento, deixando-se o sujeito de lado. De modo geral, o paciente recebe uma dieta pronta, “de gaveta”, que impõe à pessoa obesa privações e restrições repressivas à quantidade de alimento ingerido, com pouco ou nenhum

envolvimento da família. Os alimentos oferecidos na dieta, geralmente, não são os desejados, a quantidade permitida não é suficiente para saciar a fome e, quase sempre, o paciente fica marginalizado na sua própria casa com uma dieta que não é extensiva para o restante da família. O resultado costuma ser muita ansiedade, desistência em curto período de tempo e sofrimento, muitas vezes agravado pela cobrança inadvertida e descabida que surgem dos pais (e também dos profissionais) (BIRCH; FISHER, 2000; FONSECA *et al.*, 2001; FONSECA e SILVA, 2001).

Pacientes obesos, submetidos repetidamente a estas dietas, podem se tornar obsessivos e preocupados ostensivamente com o alimento proibido. Perdem a espontaneidade e a liberdade diante dos alimentos e os cuidados necessários para a percepção das sensações de fome e saciedade. Diante de um doce, por exemplo, – alimento proibido e que “engorda”- a *única saída* é engordar, não existindo, até porque isso nem é cogitado pelo profissional, a possibilidade de percepção dos sinais indicadores de saciedade. Ao comer doces ou eles engordam, ou eles engordam. Sentimentos de culpa são frequentes quando um doce é ingerido, independente da quantidade ingerida. Desse modo, com frequência, o paciente adquire o hábito de comer escondido, com muito medo de engordar, uma situação na qual tem poucas chances de sentir prazer e perceber saciedade. Perdem a *liberdade* diante do alimento (BIRCH e FISHER, 2000; FONSECA *et al.*, 2001; FONSECA e SILVA, 2001).

Além de reforçar, sistematicamente, o sentimento de fracasso, estes tratamentos impossibilitam a construção de uma postura reflexiva de aprendizagem e ampliação da consciência acerca da alimentação saudável, das preferências e escolhas alimentares e não estimulam a implicação do paciente nas causas subjetivas do problema.

Por outro lado, especialista prescrevem estas dietas na expectativa de que seus pacientes obedecerão passivamente às suas recomendações (BIRCH e FISHER, 2000; FONSECA *et al.*, 2001; FONSECA e SILVA, 2001). Conforme salientado por Travado *et al.* (2004, p.533):

“Este tipo de insucesso no tratamento desta patologia deve-se em grande parte ao seu caráter uni modal, em que se privilegia uma intervenção biológica, bioquímica e prescritiva, característica do modelo biomédico, em detrimento dos aspectos psicossociais do indivíduo no seu processo de doença e de tratamento”.

Muitas vezes o não seguimento implica em punição, postura de negligência e maus tratos aos pacientes, conforme relatado por Médico 5.

[...] Esses pacientes, no geral, chegam muito maltratados pelos profissionais, muito maltratados! [...] Coisas absurdas que eles escutam dos profissionais: você tem de ser pesado é numa balança de açougue mesmo... tantos sacos de batata são iguais a vc... Assim desmerecendo a pessoa. É uma visão muito como era a visão do alcoolismo uns anos atrás. Isso é sem vergonha mesmo!. Chama a pessoa de sem vergonha.. que não tem caráter .. que não tem força de vontade.
[...] Eu acho que a maioria dos próprios médicos têm a visão ainda muito simplista. Aumentar o gasto calórico e diminuir a ingestão sem considerar o que tem por trás. [...] Se fosse tão simples assim não estaríamos diante de um problema tão prevalente, tão difícil de controlar [...] (Médico 5).

Segundo Tonial (2007), os profissionais de saúde não valorizam os múltiplos fatores que influenciam a formação dos hábitos alimentares dos indivíduos, como os aspectos culturais, simbólicos e emocionais, como se fossem algo a ser negado ou a ser superado. Muitos médicos exigem do paciente obediência às suas recomendações, mas não se colocam disponíveis para orientá-las e, mais grave ainda, desconsidera a subjetividade e história de vida trazidas pelos pacientes, o que seria imprescindível para compreensão do significado da obesidade e definição de um plano terapêutico. As histórias de vida narradas pelos pacientes com obesidade grave atendidos por Médico 5 demonstram que eles nem sempre são escutados e recebem um atendimento padrão e distante, muitas vezes sem terem sido examinados.

[...] eles [no ambulatório] as vezes agradecem por ter sido escutados e por terem sido examinados. [...]. Isso é muito grave. [...] é não escutar, não examinar. [...] é a coisa de cima pra baixo [...] só [...] (Médico 5).

Esta falta de sensibilidade no atendimento cria uma grande distância entre o médico e o paciente. Este, ao ficar em uma situação de inferioridade, sente-se desmotivado e sem desejo de se tratar. As crianças e adolescentes por serem sujeitos ainda em crescimento e em formação e, por isso mais frágeis, precisam do amparo e da confiança do profissional, além do apoio da família, para conseguirem superar o estado de obesidade. Médico 5 interroga a postura ética dos profissionais, não só médicos, mas também nutricionistas, com suas condutas terapêuticas descontextualizadas, impossíveis de serem seguidas.

[...] Uma abordagem inadequada é mais fácil de agravar a situação [da obesidade] quanto mais novo for o paciente. Quanto você está mais velho já tem umas barreiras, separa um pouco, quando você é muito novo isso é mais fácil ainda [...]. (Médico 5).

A postura de ajuizamento de muitos profissionais de saúde com relação ao sujeito obeso demonstra o desprezo pela subjetividade e uma formação médica incompleta, direcionada ao corpo biológico, que não contribui para os resultados do tratamento (ISMAEL, 2002). A confiança do paciente no saber do médico, somadas às manifestações vindas do profissional de respeito, compaixão, escuta adequada das questões afetivas e demonstração de confiança no desenvolvimento de sua autonomia são condições que possibilitam a construção e o fortalecimento do vínculo médico-paciente, importante para a adesão do paciente ao tratamento (FERREIRA, 2000). No entanto, para Ferreira e Fontes (2010, p19), infelizmente,

[...] não se privilegia a relação médico-paciente na formação médica e os clínicos investem pouco na teorização do tema, frequentemente relegado por muitos professores no contato com seus alunos.

Alguns profissionais ressaltaram a importância em ouvir detalhes da vida do paciente e conhecer a realidade e o cotidiano do paciente e família, seus gostos e lazer, buscando encontrar brechas para sugerir, sem imposição, algumas intervenções e mudanças no estilo de vida da família, com ênfase nos aspectos nutricionais e de atividade física. Embora seja uma relação muito mais elaborada, na prática discursiva o objetivo continua sendo o tratamento da obesidade e não do sujeito obeso, não havendo ainda muito espaço para escuta da subjetividade e identificação dos sintomas psíquicos correlacionados com a obesidade. Segundo FERREIRA (2000), os princípios de solidariedade, cortesia, apoio, polidez e compreensão do ser humano doente é uma abordagem necessária e de importância indiscutível, que mostra uma inconformidade com o modelo biotecnológico, mas ainda não consegue, contudo ultrapassá-lo.

Trata-se de um trabalho de construção, um processo, não um espaço de consulta para conferência de peso. É preciso ter uma relação de respeito / [...]. (Médico 4).

Este aspecto é ressaltado no Caderno de Atenção Básica sobre o tema *obesidade* do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde:

[...] As respostas serão tanto mais ricas quanto mais o indivíduo perceber que de fato está conversando com alguém e não sendo interrogado. Portanto, as perguntas devem ser feitas de forma mais aberta e interativa possível (olhando para as pessoas) para que se sintam à vontade para falar de sua realidade. Nem sempre as perguntas devem ser fechadas, mas podem ser oriundas da conversa, a partir de falas sobre as suas condições de vida, suas atividades laborais e cotidianas, sua alimentação. É a partir deste relato que o profissional obtém informações e poderá guiar a sua conduta [...] (BRASIL, 2006, p.38).

Para Médico 4, é possível ao profissional mostrar interesse em escutar as histórias da família e conhecer amplamente o contexto familiar, seu cotidiano, trabalho, costumes, crenças e valores, sua culinária e preferências alimentares e propor mudanças possíveis e graduais para construção de um estilo de vida mais saudável, que deve ir ao encontro das perspectivas da família. Assim, durante a conversa o profissional pode identificar hábitos que podem ser modificados, a partir de construções e alternativas direcionadas pela própria família.

[...] E as vezes a gente acha brechas na vida das pessoas que nos conta muito mais do que eu ficar perguntando o que você come no almoço.. eu vejo algum hábito dele.. vejo baseado na história que ele me conta.. a consulta não se resume nesta parte, a vida da pessoa esta inserida ali, eu estou tratando não é diminuir a barriga, estou fazendo a reeducação do hábito de vida e eu ate coloco isso! Se eu estou tratando do habito dele, eu gosto de saber da vida dele [...] (Médico 4).

O comitê de especialistas em obesidade da Academia Americana de Pediatria recomenda que o profissional ajude os pacientes e familiares a caminharem por seu próprio processo de mudança, ao invés de prescrever novos comportamentos para os quais eles ainda não estejam prontos (BARLOW, 2007). Os clínicos que prestam atenção e se tornam mais familiarizados com os hábitos, valores e crenças das famílias podem propor estratégias específicas, singulares, talhadas para cada família, respeitando sua autonomia e liberdade (BARLOW, 2007). Como exemplo, uma família pode decidir diminuir o tamanho das porções, mas não adicionar ainda frutas e hortaliças nas refeições. Ou, para uma família que sempre frequenta a missa pela manhã, pode ser proposto depois uma atividade física lúdica e prazerosa em família, como caminhar, andar de bicicleta ou jogar boliche (BARLOW, 2007).

Assim, ouvindo as histórias da família, o médico se permite conhecer os recursos e as dificuldades no ambiente familiar que podem influenciar na decisão

pelas mudanças e auxiliá-los na definição mais clara dos objetivos e prioridades dentro das alternativas e necessidades singulares.

Realizar simplesmente uma avaliação do consumo alimentar não informa detalhes da dinâmica familiar ou as dimensões culturais envolvidas. Uma abordagem além do alimento é imprescindível para motivação dos indivíduos na adoção de uma alimentação saudável (FERREIRA, 2000; TORAL; SLATER, 2007), conforme relato abaixo:

Vc já pensou se vc trocar isso por aquilo, talvez? Mexer com isso é muito difícil porque a comida é a cultura da pessoa, aquele prato não é só arroz, feijão ou alguma coisa assim [...] ali vem afeto, ali vem a história da família, ali vem muita coisa naquele prato (Médico 6).

O relato de Médico 5, abaixo, reflete a importância da abordagem ser mais do que prescrever dietas. O estímulo tradicional de incentivo à atividade física e uso de alimentação saudável poderá ser construído com um espaço de escuta adequado do paciente e família, conciliando o cuidado com as crenças e com a dinâmica familiar (BARLOW, 2007)

[...] Quem é médico que gosta de gente tem de aprender a atender melhor, a escutar melhor e ver que é muito mais do que uma prescrição ou uma prescrição de dieta. Eu falo com meus alunos, eu gosto do paciente, eu gosto de atender [...] (Médico 5).

Nesse sentido, Ferreira e Fontes (2010) alertam que a excessiva objetividade imposta ao médico para realização de diagnósticos clínicos adequados, leva a desvalorização das dimensões humanas na abordagem do paciente.

[...] Aconselha-se o médico a buscar objetividade na anamnese, procurando excluir o que é subjetivo, separando o joio do trigo. Este ensinamento é correto do ponto de vista do diagnóstico clínico, entretanto, na relação médico-paciente, o joio é muito importante, podendo ajudar no conhecimento do paciente, das suas crenças, de suas fantasias e de seus preconceitos. Muitas vezes, esse caminho possibilita a aproximação do sofrimento, do medo de estar doente, do horror a própria doença, das dificuldades com o tratamento, enfim das dificuldades do viver [...] (FERREIRA; FONTES, 2010, p.20).

Há uma concordância entre os entrevistados de que o agendamento de retornos mais frequentes propicia melhores resultados no tratamento.

É preciso definir o tempo melhor da consulta [...] Para conhecer. Um retorno eu gasto uma hora. Vejo o paciente no mínimo duas vezes por mês. Cada consulta é uma historia, mas se a gente fica engessado [...] eles gostam de falar e eu deixo falar porque acho que faz parte [...] (Médico 4).

Para Médico 4 disponibilizar tempo adequado para **ouvir os pais** na primeira consulta e nas subsequentes esclarecendo suas dúvidas e fornecendo informações necessárias para que eles compreendam as causas do problema de saúde do filho são estratégias cuidadosas que sensibilizam e motivam os pais, deixando-os mais seguros para implementar as propostas terapêuticas combinadas nos encontros. Para o Comitê de Nutrologia da Sociedade Brasileira de Pediatria, quanto mais esclarecidos e seguros estiverem o paciente e sua família, melhor será a adesão ao tratamento (SBP, 2008).

Para Médico 6, o excesso de demanda no ambulatório de obesidade grave, impossibilitou o agendamento mensal dos retornos, conforme a proposta inicial e trouxe muito prejuízo nos atendimentos, contribuindo para que o ambulatório fosse desativado.

Nosso objetivo inicial, nossa programação era marcar pelo menos uma vez por mês. A gente viu que não estava dando..não estávamos mais conseguindo fazer isso (Médico 6).

A importância de retornos frequentes tem sido apontada na literatura, com indicação de menor espaçamento para os casos mais graves, para os quais a Academia Americana de Pediatria e SBP indicam também um suporte de equipe interdisciplinar com nutricionista e o psicólogo (BARLOW, 2007; SBP, 2008).

O Médico 4 ressalta a necessidade de evitar, nas conversas com os pacientes e familiares, palavras inadequadas que estigmatizam. O ambiente da consulta não deve repetir o ambiente de discriminação, crítica ou assédio moral para os quais muitos indivíduos obesos estão submetidos (MURTHAG et al., 2006).

[...] Até me preocupa não sobrecarregar o paciente com nomes, por exemplo, está obesa, está gorda, evito estes termos [...] (Médico 4).

O Comitê de especialistas em obesidade da AAP ressalta a importância dos clínicos escolherem as palavras mais adequadas na comunicação com os pais,

crianças e adolescentes obesos, evitando usar os mesmos termos clínicos dos prontuários médicos de sobrepeso e obesidade, que podem gerar nos pacientes sentimentos de discriminação, julgamento ou repugnância. Recomenda na discussão com as famílias o uso de termos considerados mais neutros, como *peso*, *sobrepeso*, *excesso de peso* e *IMC*. Para pacientes de todas as idades os termos *gordura*, *excesso de gordura*, e *obesidade* são depreciativos e, por isso, devem ser evitados nas discussões (BARLOW, 2007).

Médico 1 ainda na primeira consulta fornece informações sobre o panorama atual da obesidade no mundo, ressaltando que é um problema contemporâneo, evitando-se assim, responsabilizar as famílias diretamente pelo problema, mas ao mesmo tempo pontuando e motivando-as para as mudanças que são realmente necessárias no ambiente familiar.

[...] Eu tento colocar que aumentou muito a prevalência e que é muito da pessoa, que está dessa forma [...] (Médico 1).

Estudo de revisão sobre a qualidade da comunicação dos profissionais para sensibilizar os pais sobre a importância do tratamento de obesidade dos filhos aponta que os pais se ressentem muito quando os médicos os colocam como os únicos responsáveis pelo problema, sem considerar a influência do ambiente. Os autores defendem que os profissionais devem, ao contrário, contextualizar amplamente o problema, ressaltando o caráter ecológico social e os múltiplos fatores causais relacionados com a obesidade, tentando sensibilizar de uma forma refinada, isto é, sem provocar sentimentos de culpa nos pais (MIKHAILOVICH; MORRISON, 2007). Deve-se ressaltar, portanto, a importância da implicação e responsabilização dos pais no processo terapêutico e não da sua culpabilização.

O mesmo estudo demonstra que a relação sem julgamentos entre médico e a mãe é de tal importância que pode ser considerada a “pedra angular das intervenções” no tratamento da obesidade infantil. Assim, a construção de um vínculo ou “transferência” adequada é o começo de qualquer estratégia terapêutica. O termo técnico transferência foi criado por Freud e seu uso tem sido mais aconselhável que o termo vínculo (FERREIRA, 2000). Na prática médica atual, tanto nos serviços públicos quanto na rede suplementar o estabelecimento desta

transferência pode ficar prejudicado pelo modelo assistencial vigente, em que prevalece o excesso de demanda e sobrecarga de trabalho do profissional (CRESPO, 2008), mas, sobretudo pela formação do profissional e supremacia do modelo biotecnológico. A história de peregrinação, desde a infância, dos adultos com obesidade grave, que demonstra oportunidades perdidas de tratamento ao privilegiar o tratamento da doença em detrimento do paciente.

Em todos os campos da prática médica a relação do profissional com o paciente e família tem grande relevância e a qualidade dessa relação é reconhecida como o elemento “chave” que exerce influência marcante tanto na prevenção quanto no tratamento das doenças. O cuidado na condução da primeira consulta e das subsequentes é crucial no processo de adesão (FERREIRA; FONTES 2010; LOPES 1997). Além disso, quanto mais cuidadosamente for construída a relação médico – paciente, maior a confiança e a possibilidade de surgirem questões mais complexas na história, por vezes associados à obesidade, como problemas com a sexualidade e violência intra doméstica que precisam ser conhecidos e adequadamente cuidados (BRASIL, 2006). A falta de cordialidade e empatia por parte do médico é listada entre as causas de insatisfações do paciente que contribuem para diversos padrões de não adesão ao tratamento (FERREIRA; FONTES, 2010; LOPES 1997).

Além de abordar a família, alguns profissionais ressaltaram a importância em investigar a motivação das crianças obesas para o tratamento de obesidade e, para isso, envolvem a criança no tratamento desde o início. Muitas vezes, a demanda é somente dos pais e cabe ao profissional investigar se existe a concordância ou resistência por parte da criança.

[...] eu tento colocar, incluir a criança e o adolescente também no papo desde o início porque eu tento ver se há um interesse da criança, ou se a demanda é dos pais (Médico 4).

Além da anamnese tradicional que a gente faz, tem ainda alguns pontos importantes: primeiro a motivação: qual a motivação que levou lá, a partir da motivação a gente segue por um caminho ou por outro e a gente tenta criar essa necessidade de tratamento (Médico 6).

Considerando as múltiplas causas da obesidade pode-se supor que o envolvimento da criança no tratamento dependerá também de diversos fatores, específicos de cada criança. Assim, a história de vida, a dinâmica familiar, o ambiente, a qualidade da relação entre pais e filhos, os fatores desencadeantes,

para além dos aspectos genéticos e biológicos precisam ser conhecidos para que a criança seja compreendida amplamente no seu contexto biopsicossocial. No entanto, independente da motivação das crianças, a responsabilidade maior é dos pais (BARLOW, 2007). Diante de comportamento de resistência por parte da criança conversas somente com os pais, como sugerido abaixo, podem ser esclarecedoras.

Uma conversa com os pais eu individualizo, às vezes é necessário mesmo (Médico 4).

5.4.3. Cuidados no atendimento do adolescente

A maioria dos profissionais enfatizou a importância de o adolescente ser atendido, de preferência, separado dos pais, por acreditarem que a implicação do adolescente em seu tratamento será maior.

[...] O adolescente depois da primeira consulta o atendo sozinho. Ele vai se soltando e amadurece, eu me envolvo muito com os pacientes. Tento chegar, ficar mais próximo [...] e ganho muito ponto [...] O adolescente eu pergunto o que ele gosta de ver, de fazer [...] (Médico 4).

[...] a gente entende que tem coisas que a gente pode conversar com ele e que tem de ser longe da família. E tem coisas que tem de ser junto com a família. Raramente a gente conversa com a família longe deles. Só em casos extremos que temos algum diagnóstico ruim para dar [...] e a gente pergunta tudo para a mãe e explica para ela que é necessário que ela saia porque agora a gente quer conversar só com ele (Médico 6).

Para o Comitê da AAP, os clínicos devem discutir os problemas de saúde dos adolescentes diretamente com eles, por serem independentes, mas recomendam também, que os médicos incentivem os pais a tornar o ambiente familiar mais saudável possível (BARLOW, 2007).

Vários autores recomendam que na primeira consulta com um adolescente deva-se esclarecer à família que ele será o centro de interesse na entrevista. Conforme determina o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que define a adolescência como o período compreendido dos 12 aos 18 anos, todo adolescente tem direito à privacidade, isto é, pode ser atendido sozinho em espaço privado e apropriado se assim desejar. Essa postura fortalece sua autonomia e individualidade, estimulando a responsabilização e implicação com seu tratamento.

Atendê-lo sozinho oportuniza o cuidado das questões subjetivas trazidas pelo adolescente, relativas à sua adolescência, conforme relato abaixo:

[...] e nesta conversa só com ele a gente pergunta coisas que ele não responderia na frente da mãe: Questões relacionadas a sexualidade, uso de drogas e tentar neste momento que ele esta sozinho saber um pouco dele por ele mesmo [...] (Médico 6).

Para Rodrigues e Boog (2006), os comprometimentos emocionais decorrentes da obesidade na adolescência, especificamente na puberdade, quando as transformações corporais se iniciam, assumem dimensões significativas no processo psicossocial da formação da identidade do adolescente, podendo gerar prejuízos importantes na sua qualidade de vida. Com frequência observam-se dificuldades com a imagem corporal, dificuldades nos relacionamentos sociais e no exercício da sexualidade com sofrimento psíquico, tendência para depressão, evasão escolar, ansiedade, compulsão alimentar e outros transtornos alimentares. Dessa forma, a complexidade envolvida na causalidade da obesidade precisa ser compreendida amplamente e considerada no diagnóstico e condução terapêutica do caso clínico.

Outros profissionais já aconselham que as mães, muitas vezes por terem uma postura muito invasiva com o filho, deveriam ser atendidas em outro espaço, de preferência, mas não pelo mesmo profissional que atende o adolescente.

É complicado quando é adolescente eu já peço pra mãe sair. Porque quando a relação é muito tumultuada atrapalha demais. Um fica agredindo o outro o tempo todo e isso é muito ruim. Muitas vezes, às vezes eu peço pra mãe sair. O adolescente eu já peço pra ele vir sozinho, aí a gente vai sentar e conversar, mas eu teria de encaminhar a mãe para outra coisa, eu acho que tem de ter uma abordagem desta mãe. Acho que o problema da mãe é específico, muito dela. Tem de trabalhar a relação dela. E aí eu preferia que fosse outro. Nutricionista, psicólogo ou generalista (Médico 3).

Quase sempre, na primeira consulta, os pais estão ansiosos e desejam falar para o profissional tudo que julgam estar errado no comportamento dos adolescentes, como seus hábitos alimentares inadequados e ausência de atividade física (BIRCH; FISHER, 2000; MIKHAILOVICH; MORRISON, 2007). O profissional precisa criar estratégias que impeçam que essa postura interfira na construção do vínculo com o adolescente, que pode desistir do tratamento ao perceber no profissional a mesma atitude crítica e acusadora dos pais. Acolher os pais em outro

momento (com a concordância do adolescente), ou, de preferência, encaminhá-los para atendimento com outro profissional da mesma equipe interdisciplinar pode ser uma boa estratégia. É importante ressaltar que a participação da família no processo de atendimento do adolescente é altamente desejável e necessária, mas os limites desse envolvimento devem ficar claros para a família e para o jovem (FERREIRA et al., 2005).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Não se deve fazer escândalo de início, só aos poucos o escuro é claro”

(Guimarães Rosa)

A investigação do fenômeno da baixa adesão ao tratamento da obesidade em crianças e adolescentes foi a motivação da pesquisadora no mestrado e também no presente estudo. Na pesquisa do mestrado pôde-se verificar, na casuística do atendimento no Ambulatório de Nutrologia em Pediatria do HC/UFG, o grande número de crianças e adolescentes obesos que precocemente abandonavam o tratamento, deixando de comparecer às consultas de retorno. O abandono era muito maior quando os atendimentos eram realizados apenas pelo pediatra, e o atendimento interdisciplinar contribuía para a permanência do paciente no tratamento. Considerando as múltiplas causas da obesidade, seria óbvio inferir que a abordagem interdisciplinar, ao propiciar aos pacientes e familiares uma compreensão ampliada acerca dos fatores que estariam contribuindo para a obesidade na família, os motivaria a permanecer no tratamento.

No entanto, a minha hipótese era de que as concepções dominantes dentro da formação discursiva, paradigma da medicina atual, jaziam centrada no tratamento da doença obesidade e não do paciente. A exclusão (secundarização) da subjetividade implica em não se focar na relação médico-paciente, afetando o processo de adesão. Dessa forma, apesar de se reconhecer a relevância do atendimento interdisciplinar no processo, era necessário também conhecer como o pediatra, um importante protagonista no atendimento, estaria lidando com um tratamento tão complexo. Interessava, portanto, compreender suas concepções, impasses e experiências na abordagem da criança e adolescente que poderiam influenciar os resultados do tratamento. A opção pelo estudo qualitativo, usando como instrumento entrevistas semidirigidas com profissionais médicos, a maioria pediatras, permitiu enxergar uma série de impasses dos profissionais na abordagem da obesidade, que certamente podem estar contribuindo de forma contundente para a baixa adesão ao tratamento ou não vinculação do paciente ao serviço de saúde. O empenho dos entrevistados durante as entrevistas, com os quais foi possível compartilhar as

angústias na lida com seus pacientes obesos, contribuiu sobremaneira para os resultados deste estudo.

Considerando a hipótese inicial, os resultados do presente estudo responderam aos objetivos da pesquisa. Dentre os impasses percebidos relacionados diretamente com a atuação do profissional, destaca-se, primordialmente, **as limitações decorrentes de uma concepção, possivelmente atribuída à formação médica, centrada no modelo biotecnológico, na qual assimila um paradigma que não aborda a subjetividade.** Em geral, o diagnóstico da obesidade é realizado por meio de um atendimento “normalizado”, protocolar, que privilegia a história da doença e de suas comorbidades (identificação dos supostos erros alimentares, pesquisa de sedentarismo e a quantificação da gordura pelo IMC). As normas e regras dos protocolos médicos determinam, de uma forma geral, os limites e possibilidades de atuação do profissional. Observou-se, nos relatos, um furor sem limites do profissional para tentar curar a obesidade, mas **sempre na perspectiva do saber do profissional sobre a doença, considerada um problema de desequilíbrio energético.** O resultado é o exercício hegemônico de uma clínica centrada na técnica e no ato prescritivo, em detrimento da clínica que valoriza a escuta, na qual o médico dá espaço ao paciente para falar de si, possibilitando surgir também demandas subjetivas de tratamento. Privilegiam, dessa forma, uma intervenção biológica e prescritiva, em detrimento dos aspectos psicossociais envolvidos no processo.

São várias tentativas (heróicas!) para encontrar soluções práticas que possam se “enquadrar” nas realidades e especificidades de cada paciente e sua família, dentro de um tratamento pré-determinado, por meio de diferentes estratégias para que se faça cumprir as recomendações de dieta e atividade física. No entanto, percebe-se o profissional “patinando” em cima de suas normas e do seu saber, mas sem sair do lugar, impondo um tratamento e obturando qualquer saber que venha do paciente e de sua família, que seriam norteadores para busca de escolhas terapêuticas singulares. Aprisionado à concepção na qual foi formado, não valoriza a subjetividade e tenta subordinar seu paciente e família às suas regras, na tentativa de controlar e normalizar seus corpos, da mesma forma em que ele (médico) está subordinado e “controlado” por protocolos e práticas normatizadas.

A não valorização sistemática da subjetividade na clínica de obesidade foi um aspecto relevante que surgiu neste estudo. A experiência no ambulatório de cirurgia bariátrica ensinou que é imperativo cuidar e tratar os conflitos psíquicos responsáveis pela verdadeira causa da obesidade para que o paciente com obesidade grave suporte, sem agravamento do seu estado clínico, o emagrecimento e as mudanças exigidas no hábito alimentar após a realização da cirurgia bariátrica. Ou seja, negligenciar a subjetividade não só no tratamento da obesidade, como também na sua prevenção, pode levar a um fracasso das medidas preventivas e levar a obesidade para o estado de uma condição crônica!

Diante do fracasso, as saídas possíveis seriam o reconhecimento da complexidade envolvida na clínica da obesidade para além dos protocolos e re-significar as concepções de um atendimento solitário, para um atendimento interdisciplinar, por meio de valorização do diálogo e maior articulação entre os especialistas, **mas sem prescindir do vínculo específico de cada profissional com o paciente.** É necessário o fortalecimento dos dispositivos de matriciamento propostos no SUS para a APS, como o NASF, para que os profissionais possam, de fato, ter espaços efetivos de discussão de casos complexos, que poderiam ajudá-los a superar a lógica do paradigma biotecnológico. A experiência sistemática no exercício da interdisciplinaridade poderá ser um caminho para que o profissional assuma outra expectativa em relação ao seu trabalho, substituindo a relação com o paciente autoritária e unilateral por outra baseada no respeito e parceria. Será também um caminho de crescimento para todos se, durante o atendimento, o profissional deixar abrir umas brechas de escuta, por onde poderá deixar surgir um saber que vem do paciente obeso.

Para finalizar, fica como resultado desta experiência para o pesquisador, que o médico esta inserido, desde sua formação, na formação discursiva do paradigma biotecnológico que não considera a subjetividade na causa e condução do tratamento de pacientes obesos, cabendo aos médicos que individualmente a valorizam defender esta dimensão fundamental para a formação do vínculo com o profissional e o que se chama adesão.

REFERÊNCIAS

1. ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Documento do Consenso Latino Americano de Obesidade. 1998. 117p. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/pdf/consenso.pdf>>. Acesso em: março/2011.
2. ALMEIDA, S. S.; NASCIMENTO, P. C. B. D.; BOLZAN, T. C.. Quantidade e qualidade de produtos alimentícios anunciados na televisão brasileira. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n.3, p.353-355, 2002.
3. ALMEIDA, V.; COIMBRA, JR.; TOSTES, M. L. F.; MOURÃO, M.; BOGUS, C.; MELO, E. M. Potencialidades e desafios para a (re)construção da política de promoção de saúde. In: MELO, E. M. (org.). **Podemos prevenir a violência**. Brasília: OPAS, 2010. Cap.6: p.95-106.
4. ANDRADE, A.; BOSI, M. L. M. Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino. **Rev. Nutr.** Campinas v.16, n.1, p.117-125, 2003.
5. BALABAN, G.; SILVA, G. A. Efeito protetor do aleitamento materno contra a obesidade infantil. **J. Pediat.**, Rio de Janeiro, v.80, n.1, p. 7-16, 2004.
6. BARLOW, S. E. Report and treatment of child and adolescent overweight and obesity: summary expert committee recommendations regarding the prevention, assessment. **Pediatrics**, v.120, Suppl., p.S164-S192, 2007. Disponível em: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/120/Supplement_4/S164>. Acesso em: outubro/2010
7. BARLOW, S. E.; DIETZ, W. H. Management of child and adolescent obesity: summary and recommendations based on reports from pediatricians, pediatric nurse practioners and registered dietitians. **Pediatrics**, v.111, n.1, pt.2, p.236-238, 2002.
8. BARLOW, S. E.; DIETZ, W. H. Obesity evaluation and treatment: expert committee recommendations. **Pediatrics**, v.102, n.3, p.____, Sept. 1998. Disponível em: <www.pediatrics.org/cgi/content/full/102/3/e29>. Acesso em: outubro/2010
9. BARLOW, S. E.; DIETZ, W. H.; KLISH, W. J.; TROWBRIDGE, F. L. Medical evaluation of overweight children and adolescents: reports from pediatricians, pediatric nurse practioners and registered dietitians. **Pediatrics**, v.110, n.1, pt.2, p.222-228, 2002a.
10. BARLOW, S. E.; TROWBRIDGE, F. L.; KLISH, W. J.; DIETZ, W. H. Treatment of child and adolescent obesity: reports from pediatricians, pediatric nurse

- practioners and registered dietitians. **Pediatrics**, v.110, n.1, pt.2, p.229-235, 2002b.
11. BARRETO, F. P.. **Ensaio de psicanálise e saúde mental**. Belo Horizonte: Scriptum, 2010. Notas sobre a história da medicina, p.37-43.
 12. BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. Programas e Projetos. Educação Infantil é prioridade na Política Social da Prefeitura. [s.d.] Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=programaseprojetos&tax=12050&lang=pt_BR&pg=6080&taxp=0>. Acesso em: outubro/2010
 13. BIRCH, L. I.; FISHER, J. O. Mothers' child-feeding practices influence daughters' eating and weight. **Am. J. Clin. Nutr.**, Bethesda, v.71, n.5 , p.1054-1061, 2000.
 14. BISSEL, P.; MAY, C. R.; NOYCE, P. R. From compliance to concordance: barriers to accomplishing a re-framed model of health care interactions. **Soc. Science Med.**, Oxford, v.58, n.4, p.851-862, 2003. Disponível em: <[www.elsevier.com / locate/socscimed](http://www.elsevier.com/locate/socscimed)>. Acesso em: outubro/2010
 15. BLOCK, J. P.; DESALVO, K. B.; FISHER, W. P. Are physicians equipped to address the obesity epidemic? Knowledge and attitudes of internal medicine residents. **Prev. Med.**, v.36, n.6, p.669–675, 2003.
 16. BRANT, L. C. O indivíduo, o sujeito e a epidemiologia. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.6, n.1, p.221-231, 2001.
 17. BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial Nº 1.010**, de 8 de maio de 2006. Institui as diretrizes para a promoção da alimentação saudável nas escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional. Disponível em: <[http://189.28.128.100 / nutricao/docs / legislacao / portaria1010_08_05_06.pdf](http://189.28.128.100/nutricao/docs/legislacao/portaria1010_08_05_06.pdf)>. Acesso em: janeiro/2011
 18. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de alimentação e Nutrição**. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde, 2003. 2.a edição revista. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF. 2003
 19. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 108 p. Cadernos de Atenção Básica, n. 12 (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
 20. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. 2009b. 160p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) Cadernos de Atenção Básica n. 27 Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno _atencao_ basica_ diretrizes_nasf. pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf)>. Acesso em: janeiro/2011

21. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 64 p.
22. BRASIL. **Portaria n. 648**, de 28 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <[http://dtr2001.saude.gov.br/sas/ PORTARIAS / Port2006 / GM/GM-648.htm](http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm)>. Acesso em: fevereiro/2011
23. BROTONS, C. et al. Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. **Preventive Medicine** v.40, n.5, p.595-601, May 2005.
24. BRUSS, M. B.; MORRIS, J.; DANNISON, L. Prevention of childhood obesity: sociocultural and familial factors. **J. Am. Diet. Assoc.**, v.103, n.8, p.1042-1045, 2003.
25. CAMPBELL, K.; ENGEL, H.; TIMPERIO, A.; COOPER, C.; CRAWFORD, D. Obesity management: Australian general practitioners' attitudes and practices. **Obes. Res.**, Baton Rouge, v.8, n.6, p.459-466, Sept., 2000.
26. CAMPOS, S. Gula: Debes devorar y hacerte devorar. **Psycoanalisis y el hospital, Toxicidad y adicciones**, Buenos Aires, n.27, p.125-130, Junio, 2005.
27. CARVALHO, M. C.; MARTINS, A. A obesidade como objeto complexo: uma abordagem filosófico-conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.4, p.1003-1012, 2004.
28. CESAR, M. R. (Des)educando corpos: volumes, comidas, desejos e a nova pedagogia alimentar. In: RAGO, M.; VEIGA-NETO, A. (orgs.) **Para uma vida não-fascista**. Belo Horizonte: Autêntica, 2009. 432 p.
29. CLAVREUL, J. **A ordem médica**: poder e impotência do discurso médico. São Paulo: Brasiliense, 1983. 276p apud MORAIS, J. L.; REI, V. A. F.; NICOLAU, R. F. A clínica psicanalítica no hospital geral: uma escuta possível. In: Colóquio Internacional sobre o Método Clínico, 2009, São Paulo. Colóquio Internacional sobre o método clínico Mesas Redondas. 2009. Disponível em: <[http://www.fundamental psy chopathology.org / material / coloquio _ metodo _ clinico/MR/MR17.1.pdf](http://www.fundamentalpsy.chopathology.org/material/coloquio_metodo_clinico/MR/MR17.1.pdf)>. Acesso em: fevereiro/2011
30. CORREIO DO ESTADO. **Anvisa quer banir remédios para emagrecer pelos riscos que oferecem**. 07/03/2011. Disponível em: <http://www.correiodoestado.com.br/noticias/anvisa-quer-banir-remedios-para-emagrecer-pelos-riscos-que-o_102088/>. Acesso em: 27/março/2011.
31. CRESPO, M. T. P. **Obesidade e subjetividade na adolescência**: O sujeito na balança. 2008. 125f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
32. CUTTING, T. M.; FISHER, J. O.; GRIMM-THOMAS, K.; BIRCH, L. L. Like mother, like daughter: familial patterns of overweight are mediated by mothers'

- dietary disinhibition. **Am. J. Clin. Nutr.**, Bethesda, v. 69, n.4, p. 608-613, 1999.
33. DAVANÇO, G. M.; TADDEI, J. A. A. C.; GAGLIANONE, C. P. Conhecimentos, atitudes e práticas de professores de ciclo básico, expostos e não expostos a curso de Educação Nutricional. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.17, n.2, p.177-184, abr./jun., 2004.
34. DAVIDSON, K. K.; BIRCH, L. L. Childhood overweight: a contextual model and recommendations for future research. **Obes. Rev.**, Oxford, v.2, n.3, p.159-171, 2001.
35. DIETZ, W. H. Prevention of childhood obesity: individual, environmental, and policy issues. In: TROWBRIDGE, F. L.; KIBBE, D. L. **Childhood Obesity: partnerships for research and prevention**. Washington DC: ILSI Press, 2002. Cap.4; p.41-55.
36. DRACHLER, M. L.; MACLUF, S. P. Z.; LEITE, J. C. C.; AERTS, D. R. G. C.; GIUGLIANI, E. R. J.; HORTA, B. L. Fatores de risco para sobrepeso em crianças no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.4, p.1073-1081, jul./ago. 2003.
37. EPSTEIN, L. H.; MYERS, M. D.; RAYNOR, H. A.; SAELENS, B. E. Treatment of pediatric obesity. **Pediatrics**, Evanston, v.101, n.3, pt.2, p.554-570, 1998.
38. EPSTEIN, L. H.; OGDEN J. A Qualitative study of gp's views of treating obesity. **Br. J. Gen. Pract.**, v.55, p.750-754, 2005.
39. EPSTEIN, L. H.; ROEMMICH, J. N.; RAYNOR, H. A. Behavioral therapy in the treatment of pediatric obesity. **Pediatr. Clin. North Am.**, Philadelphia, v.48, n.4, p.981-993, Aug. 2001.
40. EPSTEIN, L. H.; VALOSKI, A.; KOESKE, R.; WING, R. R. Family-based behavioral weight control in obese young children. **J. Am. Diet. Assoc.**, Chicago, v.86, n.4, p.481-484, Apr. 1986.
41. ESCRIVÃO, M.; OLIVEIRA, F. L. C.; TADDEI, J. A. A. C.; LOPEZ, F. A. Obesidade exógena na infância e na adolescência. **J. Pediatria**, Rio de Janeiro, v.76, n.3, p.S305-S310, 2000.
42. FÉLIX, D. S.; SOUZA e SILVA, M. K. Obesidade. In: TEIXEIRA NETO, F. **Nutrição clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. Cap.16: p.185-195.
43. FERREIRA, R. A. **A pediatria da UFMG**: inserção na mudança de ensino médico implantada em 1975 e sua relação com o saber (paradigma científico) e a prática médica. 2000, 123f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
44. FERREIRA, R. A.; FONTES, M. J. F. Relação médico-paciente em pediatria. In: MARTINS, M. A.; VIANA, M. R. A.; VASCONCELLOS, M. C.; FERREIRA,

- R. A. **Semiologia da criança e do adolescente**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p.19-28.
45. FERREIRA, R. A.; ROMANINI, M. A. V.; BEIRÃO, M. M. V.; MIRANDA, S. M. Adolescente: particularidades do atendimento. In: LEÃO, E. et al. **Pediatria ambulatorial**. 4.ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2005. p.49-56.
46. FIGUEIREDO, A. C. Três tempos da clínica orientada pela psicanálise no campo da saúde mental. In: GUERRA, A. M. C.; MOREIRA, J. O. (Org.). **A psicanálise nas instituições, saúde mental, assistência e defesa social**. Curitiba: CRV, 2010. p.11-18. 156p.
47. FISBERG, M. **Atualização em obesidade na infância e adolescência**. São Paulo: Atheneu, 2005. 245 p.
48. FISHER, J. O.; BIRCH, L. L. Restricting access to palatable foods affects children's behavioral response, food selection, and intake. **Am. J. Clin. Nutr.**, Bethesda, v.69, n.6, p.1264-1272, 1999.
49. FLICK, U. Entrevistas semi-estruturadas. In: _____. Uma introdução à pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Bookman, 2004, p.89-108.
50. FONSECA, A. B. C.; SOUZA, T. S. N.; FROZI, D. S.; PEREIRA, R. A. Modernidade alimentar e consumo de alimentos: contribuições sócio-antropológicas para a pesquisa em nutrição. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.1, n.____, p.1163-1163, 2008.
51. FONSECA, J. G. M.; CANCELA, A. L. E.; LISBOA, F. A.; GIBSON, F. A. Fenomenologia do comer. **Clin. Méd. Obesidade e Outros Distúrbios Alimentares**, Rio de Janeiro, v.1, n. 2, p. 237-255, jun. 2001.
52. FONSECA, J. G. M.; PEREIRA, M. J. L. B. Dilemas e paradoxos da sociedade contemporânea. In: _____. **Faces da decisão**. As mudanças de paradigmas e o poder da decisão. São Paulo: Makron, 1997. Cap. 2, p.17-33.
53. FONSECA, J. G. M.; SOUZA e SILVA, M. K.; FÉLIX, D. S. Obesidade: uma visão geral. **Clin. Méd. Obesidade e outros distúrbios alimentares**. Rio de Janeiro: Revinter, v.1, n.2, p.257-278, jun. 2001.
54. FONSECA, J. G. M.; SOUSA e SILVA, M. K.; FÉLIX, D. S. Obesidade: uma visão geral. **Clin. Méd. Obesidade e Outros Distúrbios Alimentares**, Rio de Janeiro, v.1 n.2, p.237-255, 2001.
55. FOSTER, G. D.; WADDEN, T. A.; MAKRIS, A. P.; DAVIDSON, D.; SWAIN-SANDERSON, R.; ALLISON, D. B.; KESSLER, A. Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment. **Obesity Research**, v.11, n.10, p.1168-1177, 2003.
56. FRANC, C.; GERWEN, M. V.; VAILLANT, M. L.; ROSMAN, S.; PELLETIER-FLEURY, N. French pediatricians' knowledge, attitudes, beliefs towards and

- practices in the management of weight problems in children. **Health Policy**, v.91, n.2, p.195–203, July 2009.
57. FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. et al. (Org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2.ed. São Paulo: HUCITEC, 2004. 296p.
 58. FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 28.ed. São Paulo: Paz e Terra, 2003. 148p.
 59. FREITAS, V. G. **Obesidade infantil: da falta de amor à fome de amor**. 125f. Dissertação. (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.
 60. FRIEDRICH, M. J. Epidemic of obesity expands its spread to developing countries. **JAMA**, v.287, n.11, p.1382-1386, Mar. 2002.
 61. GAMA, C. M. **Consumo alimentar e estado nutricional de adolescentes matriculados em escolas da rede particular e estadual do bairro de Vila Mariana**, São Paulo. Tese. (Doutorado em Medicina) - Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1999. 155f.
 62. GARCIA, R. W. D. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.16, n.4, p.483-492, out./dez. 2003.
 63. GARCINUÑO, A. C.; PÉREZ, G. I.; CASARES, A. I. Obesidad infantil: opiniones y actitudes de los pediatras. **Gac. Sanit.** v.22, n.2, p.98-104. 2008.
 64. GILBERT, M. J.; FLEMING, M. E. Pediatricians approach to obesity prevention counseling with their patients. **WWJ**, v.105, n.5, p. 26-31, 2006.
 65. GILLMAN, M. W. Lactancia materna y obesidad. **J. Pediatr.**, St. Louis, v.141, n.6, p.749-750, Dec. 2002. Editorial.
 66. GODOY-MATOS, A. F.; GUEDES, E. P.; SOUZA, L. L.; MARTINS, M. F. Management of obesity in adolescents: state of art. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.** v.53, n.2, p.252-261, 2009.
 67. GOLAN, M.; WEIZMAN, A.; APTER, A.; FAINARU, M. Parents as the exclusive agents of change in the treatment of childhood obesity. **Am. J. Clin. Nutr.**, v.67, n.67, p.1130-1135, 1998.
 68. GORAN, M. I.; GOWER, B. A. Relation between visceral fat and disease risk in children and adolescents. In.: INTERNATIONAL OBESITY TASK FORCE, 1997, Dublin. Assessment of childhood and adolescent obesity. **Am. J. Clin. Nutr.**, Bethesda, v.70, suppl.1, p.149S-56S, 1999.
 69. GUESRY, P. ILSI Europe Mini-workshop on overweight and obesity in European children and adolescents: causes e consequences – prevention and treatment. **Eur. J. Pediatr.**, Heidelberg, v.159, s.1, p.1, 2000. Preface.

70. HAMILTON, J. L.; JAMES, F. W.; BAZARGAN, M. Provider practice, overweight and associated risk variables among children from a multi-ethnic underserved community. **J. Nat. Med. Assoc.**, v.95, n.6, p.441-448, 2003.
71. HAN, J. C.; LAWLOR, D. A.; KIMM, S. Y. S. Childhood obesity. **Lancet**, v.375, p.1737-1748, 2010.
72. HEBL, M. R.; XU, J. Weighing the care: physicians' reactions to the size of a patient. **International Journal of Obesity**, v.25, n.8, p.1246-1252, 2001.
73. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009. **Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil**, Rio de Janeiro, 2010. 130p. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_encaa/pof_20082009_encaa.pdf>. Acesso em: janeiro/2011.
74. ILSI. INTERNATIONAL LIFE SCIENCES. Obesidade traz riscos para a saúde. Especialistas discutem ações para promover estilos de vida saudáveis. **ILSI Brasil**, São Paulo, n.3. dez. 2003.
75. IOTF - International Obesity Task Force. 1997, Dublin. Assessment of childhood and adolescent obesity. **Am. J. Clin. Nutr.**, v.70, suppl.1, p.117S-175S, 1999.
76. IOTF - International Obesity Task Force. 1997. A designated committee of the International Association for study of obesity. Disponível em: <<http://www.iotf.org>>. Acesso em: fevereiro/2011.
77. ISAUDE.NET. Saúde Pública. Anvisa não estipula prazo para decisão da proibição da sibutramina. 23.02.2011. Disponível em: <http://www.isaude.net/pt-BR/noticia/15404/saude-publica/anvisa-nao-estipula-prazo-para-decisao-da-proibicao-da-sibutramina>>. Acesso em 24/março/2011.
78. ISMAEL, J. C. **O médico e o paciente**: breve história de uma relação delicada. São Paulo: T. A. Queiroz, 2002. 160p.
79. ISRAEL, A. C.; SILVERMAN, W. K.; SOLOTAR, L. C. Baseline adherence as a predictor of dropout in a children's weight-reduction program. **J. Consult. Clin. Psychol.**, v.55, n.5, p.791-793, 1987.
80. ISRAEL, Allen C.; SILVERMAN, Wendy K.; SOLOTAR, Lauren C. Baseline adherence as a predictor of dropout in a children's weight-reduction program. **J. Consult. Clin. Psychol.**, Washington, v. 55, n. 5, p. 791-793, 1987.
81. JAMES, W. et al. Effect of Sibutramine on Cardiovascular Outcomes in Overweight and Obese Subjects. **N. Engl. J. Med.**, v.363, n. 10, Sept., 2010.
82. JAY, M.; GILLESPIE, C.; ARK, T.; RICHTER, R.; MCMACKEN, M.; ZABAR, S.; PAIK, S.; MESSITO, M. J.; LEE, J.; KALET, A. Do internists, pediatricians, and psychiatrists feel competent in obesity care? Using a needs assessment to drive curriculum design. **J. Gen. Intern. Med.**, v.23, n.7, p.1066-1070, 2008.

83. JELALIAN, E.; BOERGER, J.; ALDAY, C. S.; FRANK, R. Survey of physician attitudes and practices related to pediatric obesity. **Clinical Pediatric (Phila)** v.42, n.3, p.235-245 Apr, 2003.
84. JONIDES, L.; BUSCHBACHER, V.; BARLOW, S. Management of child and adolescent obesity: psychological, emotional and behavioral assessment. **Pediatrics**, v.110, n.1, p.215-221, 2002. Disponível em <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/110/1/s1/215>. Acesso em: 27/mar.2010
85. KUMANYIKA, S. K. Minisymposium on obesity: overview and some strategic considerations. **Ann. Rev. Public Health**, v.22, p.293-308, 2001.
86. LEVINE, M. D.; RINGHAM, R. M.; KALARCHIAN, M. A.; WISNIEWSKI, L.; MARCUS, M. D. Is family-based behavioral weight control appropriate for severe pediatric obesity? **Int. J. Eat Disord**, v.30, n.3, p.318-328, 2001.
87. LIVINSTONE B. Epidemiology of Childhood Obesity in Europe. ILSI Europe Mini-workshop on Overweight and Obesity in European Children and Adolescents: Causes e Consequences – Prevention and Treatment. **Eur. J. Pediatr., Heidelberg**, v.159, s.1, p.14-34, 2000.
88. LOPES M. **Fundamentos da Clínica Médica - A Relação Paciente- Médico**. Belo Horizonte: Medsi, 1997. 457p.
89. MAFFEIS, C. Aetiology of overweight and obesity in children and adolescents. ILSI Europe Mini-workshop on Overweight and Obesity in European Children and Adolescents: Causes e Consequences – Prevention and Treatment. **Eur. J. Pediatric**, v.159, s.1, p.S35-S44, 2000.
90. MARTINS, D. G. Relação médico – paciente em hospital público: implicações psicológicas quanto à variável obesidade. **Psicologia: Teoria e Prática**, v.1, n.2, p.80-89, 1999.
91. MATTAR, R.; TORLONI, M. R.; BETRÁN, A. P.; MERIALDI, M. Obesity and pregnancy outcomes. **Ann Rev Nutr**, v.26, p.271-291, 2006.
92. MELLO, E. D.; LUFT, V. C.; MEYER, F. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v.80, s.3, p.173-182, 2004.
93. MENDES, J. M. R.; LEWGOY, A. M. B.; SILVEIRA, E. C. Saúde e interdisciplinaridade: mundo vasto mundo. **Revista Ciência & Saúde**, v.1, n.1, p.24-32, jan./jun. 2008.
94. MIKHAILOVICH, K.; MORRISON, P. Discussing childhood overweight and obesity with parents: a health communication dilemma. **Journal of Child Health Care**, v.11, n.4, p.311–322, 2007.
95. MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006. 269p.

96. MORAIS, J. L.; REI, V. A. F.; NICOLAU, R. F. A clínica psicanalítica no hospital geral: uma escuta possível. In: Colóquio Internacional sobre o Método Clínico, 2009, São Paulo. Colóquio Internacional sobre o método clínico Mesas Redondas. 2009. Disponível em: <[http://www.fundamental psychopathology.org / material/coloquio_metodo_clinico/MR/MR17.1.pdf](http://www.fundamentalpsychopathology.org/material/coloquio_metodo_clinico/MR/MR17.1.pdf)>. Acesso em: janeiro/2011.
97. MORETTO, M. L. T. **O que pode um analista no hospital?** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
98. MURTHAG, J.; DIXEY, R.; RUDOLF, M. A qualitative investigation into the levers and barriers to weight loss in children: opinions of obese children. **Arch. Dis. child.**, v.91, n.11, p.920-923, 2006.
99. MUSTAJOKI, P.; PEKKARINEN, T. Maintenance programmes after weight reduction: how useful are they? **Int. J. Obes.**, v.23, n.6, p.553-555, 1999.
100. NADER, P. R.; TARAS, H. L.; SALLIS, J. F.; PATTERSON, T. L. Adult Heart Disease Prevention in Childhood: A National Survey of Pediatricians' Practices and Attitudes. **American Academy of Pediatrics**, v.79, n.6, p.843-850, June, 1987.
101. NEUTZLING, M. B.; TADDEI, J. A.; GIGANTE, D. P. Risk factors of obesity among Brazilian adolescents: a case-control study. **Public Health Nutr.**, v.6, n.8, p.743-749, dec. 2003.
102. NOBREGA F. J.; CAMPOS, A. L. R.; NASCIMENTO, C. F. L. Vínculo mãe/filho na obesidade. In: _____. **Distúrbios nutricionais e fraco vínculo mãe/filho**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. p.73-80.
103. OLIVEIRA, T. R. P. R. **Abordagem da obesidade em adolescentes atendidos em serviço público de saúde: conceitos, dificuldades e expectativas dos pacientes e seus familiares**. 159f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. Belo Horizonte, 2008.
104. OUTEIRAL, J. Famílias e contemporaneidade. **Jornal de Psicanálise**, São Paulo, v.40, n.72, p.63-73, jun. 2007.
105. PARIZZI, M. R. **Estudo sobre a adesão ao tratamento de obesidade no Ambulatório de Doenças Nutricionais em Pediatria do Hospital das Clínicas da UFMG**. 120f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2004.
106. PELLETIER, F. N.; LE VAILLANT, M.; FRANC, C.; ROSMAN, S. Prevention of Obesity in Daily Practice. A Telephone Survey Among Pediatricians in France. **Am. J. Prev. Med.**, v.31, n.6, 2006.
107. PERRIN, E. M.; FLOWER, K. B.; GARRET, J.; AMMERMAN, A. S. Preventing and treating obesity: pediatricians self-efficacy, barriers, resources and advocacy. **Ambulatory Pediatrics**, v.5, n.3, p.150-156, 2005.

108. PINELLI, L.; ELERDINI, N.; FAITH, M. S.; AGNELLO, D.; AMBRUZZI A, DE S. M.; LEGGERI, G.; LIVIERI, C.; MONETTI, N.; PEVERELLI, P.; SALVATONI, A.; SEMINARA, S.; UASONE, R.; PIETROBELLI, Â. Childhood obesity: results of a multicenter study of obesity treatment in Italy. **J. Pediatr. Endocrinol. Metabol.**, v.12, Supp.3, p.795-799, 1999.
109. PIZZINATTO, V. T. **Obesidade infantil: processo psicossomático e evolutivo**. São Paulo; Sarvier, 1992. 153p.
110. PRICE, J. H.; DESMOND, S. M.; RUPPERT, E. S.; STELZER, C. M. Pediatricians' perceptions and practices regarding childhood obesity. **Am. J. Prev. Med.**, v.5, n.2, p.95–103, 1989.
111. RAMOS, M.; STEIN, L. M. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v.76, n.3, p.S229–S237, 2000.
112. RHEE, K. E. et al. Factors associated with parental readiness to make changes for overweight children. **Pediatrics**, v.116, n.1, July 2005.
113. RODRIGUES, E. M.; BOOG, M. C. F. Problematização como estratégia de educação nutricional com adolescentes obesos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.5, p.923-931, 2006.
114. SALES, C. A. **Influência dos fatores interacionais da família na obesidade do adolescente: um estudo qualitativo com o Modelo Familiar Firo**. Dissertação. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2006. 264 p.
115. SARTORELLI, D.; FRANCO, L. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, s.1, p.29-36, 2003.
116. SBP. Obesidade na infância e adolescência. **Manual de Orientação**. Departamento de Nutrologia. – São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria. 2008. 116p.
117. SCHERER, M. D. A.; MARINO, S. R. A.; RAMOS, F. R. S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface - Comunic. Saúde Educ.**, v.9, n.16, p.53-66, 2005.
118. SEIXAS, C. M. **Comer, demandar e desejar: considerações psicanalíticas sobre o corpo e o objeto na obesidade**. 117f. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2009.
119. SICHIERI, R.; SOUZA, R. A. Estratégias para prevenção da obesidade em crianças e adolescentes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, Supl. 2, p.S209-S234, 2008.
120. SILVA, T. F. C. **O despertar da adolescência no controle do diabetes mellitus: uma investigação clínica de orientação psicanalítica**.

- Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.
121. SILVEIRA, A. M. **Crianças e adolescentes com excesso de peso: repercussões do atendimento multidisciplinar sobre as mudanças de hábitos alimentares, medidas antropométricas e parâmetros bioquímicos.** Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.
 122. STORY, M. T.; NEUMARK, S. D. R.; SHERWOOD, K. H.; SOFKA, D.; TROWBRIDGE, F. L.; BARLOW, S. E. Management of child and adolescent obesity: attitudes, barriers, skills, and training needs among health care professionals. **Pediatrics**, v.110, n.1, pt.2, p.210-214, 2002.
 123. STRIEGEL, M. R. H. The impact of pediatric obesity treatment on eating behavior and psychologic adjustment. **J. Pediatr.**, v.139, n.1, p.13-14, 2001.
 124. TASSARA, V. **Obesidade na infância no contexto sociofamiliar: possibilidades de (des)construção e (res)significação de identidades (pré-)escritas.** 137f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.
 125. TERSHAKOVEC, A. M. The growing epidemic of pediatric obesity. **Nutr. & M. D.**, v.28, n.2, p.1-8, Feb. 2002.
 126. THOMPSON, D.; WOLF, A. M. The medical-care cost burden of obesity. **Obes. Rev., Oxford**, v.2, n.3, p.189-197, 2001.
 127. TONIAL S. R. Obesidade: um problema complexo. **Rev. Méd. Minas Gerais**, v.17, Supp.1, p.55-62, dez., 2007.
 128. TONIAL, S. R. **Desnutrição e obesidade: faces contraditórias na miséria e na abundância.** Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), 2001. (Série: Publicações Científicas do Instituto Materno Infantil de Pernambuco - IMIP, n. 2).
 129. TORAL, N.; Slater, B. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.12, n.6, p.1641-1650, nov./dez, 2007.
 130. TRAVADO, L. et al. Abordagem psicológica da obesidade mórbida: caracterização e apresentação do protocolo de avaliação psicológica. **Revista Análise Psicológica**, v.3, n.XXII, p.533-550, 2004
 131. TROWBRIDGE, F. L.; SOFKA, D.; HOLT, K.; BARLOW, S. E. Management of child and adolescent obesity: study design and practioner characterists. **Pediatrics**, v.110, n.1, pt.2, p.205-209, 2002.
 132. TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa.** 3.ed. Petrópolis: Vozes, 2008. 685p.

133. VERMEIRE, E.; HEARNshaw, H.; van ROYEN, P.; DENEKENS, J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. **J. Clin. Pharm. Ther.**, v.26, n.5, p.331-342, 2001.
134. WADDEN, T. A.; STUNKARD, A. J. Psychosocial consequences of obesity and dieting. Research and clinical findings. In: _____. *Obesity: theory and therapy*. New York: 1993. cap.10, p.163-177.
135. WANG, Y.; LOBSTEIN, T. Worldwide trends in childhood overweight and obesity. **Int J Pediatr Obes**; v.1, n.1, p.11–25, 2006.
136. WEAVER, L. T. The child is father of the man: paediatricians should be more interested in adult disease. **Clin. Med.**, v.1, n.1, p.38-43, Jan./Feb. 2001.
137. WHITAKER, R. C. Predicting preschooler obesity at birth: the role of maternal obesity in early pregnancy. **Pediatrics**, Evanston, v.114, n.1, p.E29-35, 2004. Disponível em: < www.pediatrics.org/cgi/content/full/114/1/e29>. Acesso em: 08 jul. 2004
138. WHO – World Health Organization. **What are overweight and obesity?** Genève: WHO, 2006. Disponível em: <<http://www.who.int/childgrowth/en/>>. Acesso em: outubro/2010.
139. WHO. **Obesity and overweight**. Global strategy on diet, physical activity and healthy. Geneva, 2003. Disponível em: <[www.who.int/dietphysicalactivity / media/en/gsf Obesity.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsf Obesity.pdf)>. Acesso em: outubro/2010.
140. WHO. Obesity: **Prevention and managing global epidemic**. Report of a WHO consultation on obesity. Geneve. World Health Organization, 1998.
141. WHO. Population-based prevention strategies for childhood obesity: report of a WHO forum and technical meeting, Geneve. World Health Organization, 2009. Disponível em: <<http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/child-obesity-eng.pdf>>. Acesso em: outubro/2010.
142. ZWIAUER, K. F. M. Prevention and treatment of overweight and obesity in children and adolescents. In: ILSI Europe mini-workshop on overweight and obesity in European children and adolescents: causes e consequences; prevention and treatment. **Eur. J. Pediatr.**, v.159, Supp.1, p.S56-S68, 2000.

ANEXO A**ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA****CONCEPÇÕES, ATITUDES E PRÁTICAS DO PROFISSIONAL DE SAÚDE NA
ABORDAGEM DA CRIANÇA E ADOLESCENTE OBESOS**

Entrevista nº

Data

Local e instituição

Início: Término:

Entrevistador

A. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO PESSOAL DO ENTREVISTADO

- ✓ Nome completo:
- ✓ Endereço para contato:
- ✓ Sexo:
- ✓ Data de nascimento: Idade:
- ✓ Atividade ocupacional/profissional:
- ✓ Naturalidade:
- ✓ Tempo de formado
- ✓ Tempo de atuação no ambulatório:
- ✓ Especializações:

B. AS CONCEPÇÕES, ATITUDES E PRÁTICAS DO PROFISSIONAL**1. Concepções do profissional de na abordagem da obesidade**

- ✓ Como é para o profissional lidar com obesidade? O que pensa a respeito?
- ✓ Quais fatores levam uma criança e adolescente a engordar.

2. Caminhos para o diagnóstico e condução do caso clínico

- ✓ Diante de uma criança ou adolescente obesos o que acha importante conhecer?
- ✓ Como tem desenvolvido a primeira consulta da criança obesa? E do adolescente?
- ✓ Relato de algum caso atendido recentemente.
- ✓ Quais informações são colhidas durante a consulta? Com qual objetivo? Como estas informações ajudam para compreensão do caso clínico?
- ✓ Em relação ao comportamento da criança e dos pais o que o profissional acha importante observar.
- ✓ Quais fatores podem interferir na construção do vínculo com o paciente e família?

- ✓ O que acha importante investigar nos retornos?
- ✓ Como aproveita os espaços da consulta?
- ✓ Quais informações considera relevantes para maior entendimento do caso clínico?

3. Diretrizes, metas e expectativas no tratamento clínico

- ✓ Como percebe a adesão ao tratamento na sua clínica. Quais fatores interferem na adesão ao tratamento?
- ✓ Como você vê a participação da família no processo e como lida com esta questão?
- ✓ Qual orientação prescreve para a criança e família? Porque? Como escolhe cada uma das orientações terapêuticas?
- ✓ Quais as dificuldades mais comuns na condução do tratamento. Quais os sentimentos diante dessas dificuldades?
- ✓ Quais critérios utiliza para definir o intervalo entre as consultas? Porque?

C. DADOS DA OBSERVAÇÃO E AUTO-OBSERVAÇÃO DA ENTREVISTADORA

- ✓ Apresentação pessoal do informante, seu comportamento global, expressões corporais, gesticulações, mímica facial, expressões do olhar, estilo e alterações na fala (silêncios, fala embargada, lapsos de língua e outros atos falhos, colocações inibidas e desinibidas, alterações no timbre e volume da voz), risos, sorrisos, choros e manifestações afins.

ANEXO B**FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO PARA PARTICIPANTES COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 18 ANOS**

Prezado(a) participante,

A pesquisa intitulada “Atitudes e práticas do profissional de saúde na abordagem da criança e adolescente obesos” tem como objetivo estudar as concepções dos profissionais de saúde no tratamento da obesidade da criança e adolescente através de da pesquisa qualitativa que consiste no desenvolvimento de entrevistas com profissionais de saúde que lidam com obesidade sobre os objetivos do tratamento e das suas práticas para interpretação e enriquecimento da teoria acerca da condução do tratamento da criança e do adolescente com obesidade. Todos os dados pessoais dos participantes serão guardados em sigilo, sendo que os pesquisadores se comprometem a manter total privacidade de todas as pessoas envolvidas nesta pesquisa. Sendo assim, sua identidade não será revelada em nenhuma publicação resultante deste projeto. As entrevistas serão gravadas e que haverá a possibilidade de um eventual segundo contato para complementação da entrevista. Sua participação nesta pesquisa é gratuita e voluntária, podendo ser interrompida, caso seja o seu desejo, a qualquer momento. Caso concorde com sua participação nesse estudo, favor preencher o termo de consentimento abaixo.

Marcia Rocha Parizzi

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Concordamos com a participação na pesquisa “Atitudes e práticas do profissional de saúde na abordagem da criança e adolescente obesos”. Estamos cientes dos objetivos e procedimentos a serem realizados nesta pesquisa. Concordamos com a divulgação, para fins científicos, dos dados encontrados sabendo que os responsáveis pela pesquisa se comprometem a manter em total sigilo a identidade dos participantes e respeitar os demais aspectos éticos, de acordo com a Resolução número 196 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde.

Assinatura do participante: _____

ENDEREÇO DO COEP - Comitê de Ética em Pesquisa
AVENIDA ANTÔNIO CARLOS, 6627. UNIDADE ADMINISTRATIVA II – 2º ANDAR – SALA 2005 -
CAMPUS PAMPULHA - BELO HORIZONTE, MG – BRASIL
CEP 31270-901
EMAIL: coep@prpq.ufmg.br - Telefax: 31 3409 4592

ANEXO C

Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Parecer: 0001.0.410.203-10A

Pesquisadora responsável: Márcia Rocha Parizzi

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – CEP/SMSA/BH aprovou em 16 de abril de 2010, o projeto de pesquisa intitulado “Atitudes e práticas do profissional de saúde no tratamento da criança e do adolescente obeso”, bem como seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou ao final deste, se em prazo inferior a um ano.



Celeste de Souza Rodrigues

Coordenadora do CEP/SMSA/BH

ANEXO D



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 0597.0.203.000-08

Interessado(a): Prof. Roberto Assis Ferreira
Departamento de Pediatria
Faculdade de Medicina - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 04 de dezembro de 2009, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado "**Atitudes e práticas do profissional de saúde no tratamento da criança e adolescente obesos**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO E



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO
 Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
 Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
 Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640
 cpg@medicina.ufmg.br



UFMG

ATA DA DEFESA DE TESE DE DOUTORADO DE **MÁRCIA ROCHA PARIZZI**, nº de registro 2007668267. Às quinze horas do dia **dez de maio de dois mil e onze**, reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG, a Comissão Examinadora de tese indicada pelo Colegiado do Programa, para julgar, em exame final, o trabalho intitulado: **“ATITUDES E PRÁTICAS DO MÉDICO NO ATENDIMENTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE OBESOS”**, requisito final para a obtenção do Grau de Doutor em Ciências da Saúde: Saúde da Criança e do Adolescente, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Saúde da Criança e do Adolescente. Abrindo a sessão, o Presidente da Comissão, Prof. Roberto Assis Ferreira, após dar a conhecer aos presentes o teor das Normas Regulamentares do trabalho final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores, com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Prof. Roberto Assis Ferreira /Orientador	Instituição: UFMG	Indicação: <u>Aprovado</u>
Profa. Cristiane de Freitas Cunha Grillo	Instituição: UFMG	Indicação: <u>Aprovado</u>
Profa. Lúcia Maria Horta de Figueiredo Goulart	Instituição: UFMG	Indicação: <u>Aprovado</u>
Prof. Henrique Oswaldo da Gama Torres	Instituição: UFMG	Indicação: <u>Aprovado</u>
Profa. Eloisa Grossman	Instituição: UERJ	Indicação: <u>Aprovado</u>
Profa. Tatiana Resende Prado Rangel de Oliveira	Instituição: PUC-MG	Indicação: <u>Aprovado</u>

Pelas indicações a candidata foi considerada Aprovado

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pelo Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o Presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 10 de maio de 2011.

Prof. Roberto Assis Ferreira /Orientador	<u>[Assinatura]</u>
Prof. Cristiane de Freitas Cunha Grillo	<u>[Assinatura]</u>
Profa. Lúcia Maria Horta de Figueiredo Goulart	<u>[Assinatura]</u>
Prof. Henrique Oswaldo da Gama Torres	<u>[Assinatura]</u>
Profa. Eloisa Grossman	<u>[Assinatura]</u>
Profa. Tatiana Resende Prado Rangel de Oliveira	<u>[Assinatura]</u>
Profa. Ana Cristina Simões e Silva / Coordenadora	<u>[Assinatura]</u>

Obs.: Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador.

Profa. Ana Cristina Simões e Silva
 Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em
 Ciências da Saúde: Saúde da Criança e do Adolescente
 Faculdade de Medicina/UFMG

ANEXO F

FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640
cpg@medicina.ufmg.br

DECLARAÇÃO

A Comissão Examinadora abaixo assinada, composta pelos Professores Doutores: Roberto Assis Ferreira, Cristiane de Freitas Cunha Grillo, Lúcia Maria Horta de Figueiredo Goulart, Henrique Oswaldo da Gama Torres, Eloisa Grossman e Tatiana Resende Prado Rangel de Oliveira, aprovou a defesa da tese intitulada: **“ATITUDES E PRÁTICAS DO MÉDICO NO ATENDIMENTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE OBESOS”** apresentada pela doutoranda **MÁRCIA ROCHA PARIZZI** para obtenção do título de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, realizada em 10 de maio de 2011.

Prof. Roberto Assis Ferreira

Orientador

Profa. Cristiane de Freitas Cunha Grillo

Profa. Lúcia Maria Horta de Figueiredo Goulart

Prof. Henrique Oswaldo da Gama Torres

Profa. Eloisa Grossman

Profa. Tatiana Resende Prado Rangel de Oliveira