

Tatiana Resende Prado Rangel de Oliveira

**Abordagem da obesidade em adolescentes atendidos em serviço
público de saúde: conceitos, dificuldades e expectativas dos
pacientes e seus familiares**

BELO HORIZONTE

2008

Tatiana Resende Prado Rangel de Oliveira

Abordagem da obesidade em adolescentes atendidos em serviço público de saúde: conceitos, dificuldades e expectativas dos pacientes e seus familiares

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de doutor.

Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente

Orientador: Prof. Dr. Roberto Assis Ferreira

Co- orientador: Prof. Dra Cristiane de Freitas Cunha

BELO HORIZONTE

2008

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor: Prof. Ronaldo Tadêu Pena

Vice-Reitora: Profa. Heloisa Maria Murgel Starling

Pró-Reitor de Pós-Graduação: Prof. Jaime Arturo Ramirez

Pró-Reitor de Pesquisa: Prof. Carlos Alberto Pereira Tavares

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor: Prof. Francisco José Penna

Vice-Diretor: Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Coordenador do Centro de Pós-Graduação: Prof. Carlos Faria Santos Amaral

Subcoordenador do Centro de Pós-Graduação: João Lúcio dos Santos Jr.

Chefe do Departamento de Pediatria: Profa. Cleonice de Carvalho Coelho Mota

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente

Coordenador: Prof. Joel Alves Lamounier

Subcoordenador: Prof. Eduardo Araújo de Oliveira

Colegiado

Prof. Joel Alves Lamounier

Prof. Eduardo Araújo de Oliveira

Profa. Ana Cristina Simões e Silva

Prof. Francisco José Penna

Profa. Ivani Novato Silva

Prof. Lincoln Marcelo Silveira Freire

Prof. Marco Antônio Duarte

Profa. Regina Lunardi Rocha

Gustavo Sena Sousa (Rep. Discente)

Universidade Federal de Minas Gerais

Faculdade de Medicina - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

Tese intitulada **Abordagem da obesidade em adolescentes atendidos em serviço público de saúde: conceitos, dificuldades e expectativas dos pacientes e seus familiares**, de autoria da doutoranda Tatiana Resende Prado Rangel de Oliveira, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof. Dr Roberto Assis Ferreira.

Profa. Dra. Cristiane de Freitas Cunha

Profa. Dra. Maria Cristina Faber Boog

Prof. Dra Margarida Maria Santana da Silva

Prof. Dra Lúcia Maria Horta Figueiredo Goulart

Prof. Dr Antônio Leite Alves Radicchi

Belo Horizonte, 15 de dezembro de 2008.

Prof. Joel Alves Lamounier
Coordenador do Programa de Pós-Graduação da
Faculdade de Medicina da UFMG

Para Gilberto, Larissa e Renan Luís,
pelo incentivo constante e por estarem ao meu lado,
apoiando-me integralmente.

Sou feliz por ter vocês junto a mim!

AGRADECIMENTOS

Ao professor Roberto Assis, pela confiança e disponibilidade.

À professora Cristiane Cunha, pelo seu interesse, atenção, sugestões valiosas e pela relação de confiança estabelecida no percurso deste trabalho.

Aos adolescentes que participaram deste trabalho e seus familiares, por terem generosamente compartilhado suas experiências comigo.

À professora Janete Riccas e aos colegas do grupo de estudos, pelos diálogos valiosos que contribuíram para a fundamentação teórica desta pesquisa.

À minha mãe, Celina, por suas orações e por semear força para eu ir sempre em frente. Esta vitória também é sua.

Ao meu marido Gilberto, pelo amor, paciência e dedicação. Eu não poderia desejar um companheiro melhor.

Aos meus filhos, Larissa e Renan Luís, por compreenderem minha falta de tempo com eles durante esta pesquisa e pelos momentos lúdicos que me ajudaram a aliviar a tensão.

Aos meus irmãos, Tânia Mara e Júlio Augusto, pelo amor que nos une e pela boa vontade que existe entre nós.

Ao meu pai, Alcides, pelo incentivo e por acreditar tanto em mim.

À minha ajudante Fina, pela dedicação ao meu lar durante esse período, o que me permitiu tranquilidade para o meu empenho nesta pesquisa.

À minha ex-aluna, amiga e colega de profissão, Adriana Márcia, pela presença constante e o carinho que sempre demonstrou.

À aluna de graduação Carla Rosmaninho, pela ajuda valiosa em vários momentos do meu trabalho e pela amizade que nasceu entre nós.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), pelo apoio financeiro concedido para a realização desta pesquisa.

E acima de tudo a Deus, pela vida, pelas oportunidades profissionais e pelo aprendizado no decorrer desta jornada.

Trabalho desenvolvido a partir do projeto financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais.

(FAPEMIG - processo APQ-00308-08)

RESUMO

Abordagem da obesidade em adolescentes atendidos em serviço público de saúde: conceitos, dificuldades e expectativas dos pacientes e seus familiares

A obesidade na adolescência aumentou de forma significativa nas últimas décadas, sendo reconhecida como uma verdadeira epidemia mundial. Seu aparecimento nesta fase da vida relaciona-se com o risco de persistência no adulto e com comorbidades graves, representando um desafio terapêutico. Este estudo tem por objetivo analisar os fatores relacionados com o tratamento da obesidade em adolescentes atendidos em um serviço público de saúde, a fim de contribuir para a assistência prestada aos pacientes. Trata-se de uma “Pesquisa-Ação” realizada em unidade da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (MG). Participaram os adolescentes e seus responsáveis, encaminhados para a primeira consulta no ambulatório de nutrição, com diagnóstico de obesidade, no período de Junho de 2006 a Junho de 2007. É um estudo qualitativo que utilizou o grupo focal para coleta dos dados e o método de análise de conteúdo. Foram avaliados 58 adolescentes com idade entre 10 e 19 anos. A maioria dos pesquisados apresentou história familiar de obesidade, baixa escolaridade dos pais, história anterior de dieta sem sucesso e hábito de comer depressa. Para metade dos adolescentes o excesso de peso não é um fator que incomoda e a maioria dos pacientes encontravam-se nos estágios iniciais do modelo de Estágios de Mudança do Comportamento Alimentar ao iniciarem o tratamento. Os participantes relataram sentimentos de insegurança, impotência, frustração e ansiedade quanto ao tratamento. Muitos pais relataram ainda sentimentos de culpa, tristeza, raiva, compaixão e pena com relação à obesidade de seus filhos. Os adolescentes descreveram as dificuldades que enfrentam com a doença, tais como a discriminação e exclusão social, prejuízo da auto-estima e dificuldades com o vestuário. Os fatores citados como facilitadores do tratamento foram a atitude positiva do adolescente, o apoio social e familiar e o vínculo com o profissional de saúde. Dentre os fatores que dificultam o tratamento, foram citados a insatisfação com a condução do tratamento, a compulsão alimentar, a exposição a um ambiente obesogênico e as relações familiares conflituosas. Vários fatores estão envolvidos na etiologia e manutenção da obesidade em adolescentes, sendo necessário desenvolver estratégias específicas para os mesmos, uma vez que comumente apresentam resistência frente a possíveis mudanças na alimentação. É importante considerar os aspectos emocionais e a influência cultural e familiar ao se estabelecer estas estratégias. É recomendado que a intervenção comece precocemente, que os programas de tratamento instituem mudanças permanentes e que auxiliem as famílias a fazerem alterações pequenas e graduais. Dietas muito restritivas não são aconselháveis. É necessário aprofundar as potencialidades da abordagem interdisciplinar e capacitar os profissionais de saúde para o aconselhamento nutricional, de modo a melhorar a adesão destes pacientes ao tratamento.

Palavras chave: Obesidade – Adolescente - Comportamento alimentar - Conhecimentos, atitudes e prática em saúde - pesquisa-ação

ABSTRACT

Approach of obesity among adolescents attended in a public health care unit: concepts, challenges and expectations of patients and their families

Obesity in adolescence has risen significantly in the past decades and is recognized as a truly global epidemic. His appearance at this stage of life is related to the risk of persisting onto the adult age and the occurrence of major comorbidities, representing a striking challenge. This study aims to analyze the factors related to the treatment of obesity in adolescents treated at a public health service in order to contribute to the care provided to patients. This is an "Action research" carried out at a health care unit of the Municipal Department of Health in Belo Horizonte (MG). The sample of this study were adolescents and their parents, who were taken for a first consultation with the nutritionist at the care unit with a diagnosis of obesity between June 2006 and June 2007. It is a qualitative study that used the focus group for data collection and the method of content analysis. Fifty eight adolescents aged 10-19 years old were studied. In the majority of the sample was found a family history of obesity, parents' low scholarship, a retrospective report of unsuccessful dieting and the habit of eating fast. For half of the patients, be overweight wasn't a bothering factor and most of them were at the initial stage of the Food Behavior Changing Mode to starting treatment. The participants reported feelings of insecurity, powerlessness, frustration and anxiety about the treatment. Many parents also reported feelings of guilt, sadness, anger, pity and compassion with regard to obesity in their children. Teenagers described the difficulties they face with the disease, such as discrimination and social exclusion, loss of self-esteem and difficulties with the clothing. Factors cited as facilitators of treatment were the positive attitude of the adolescent, social support and family and link with the health professional. Among the factors that impede the treatment, were cited dissatisfaction with the conduct of treatment, binge eating, exposure to an obesogenic environment and conflicting family relationships. Several factors are involved in the etiology and persistence of obesity in adolescents, being necessary to develop specific strategies for them, once they commonly show resistance to possible changes in their food habits. It is important to consider the emotional aspects and the influences from their culture and families whenever the strategies are to be established. It is recommended that intervention begins early, that the programs of treatment and establish permanent changes that help the families to make small and gradual changes. Very restrictive diets are not advisable. It is required to deepen the potentialities of the interdisciplinary approach and train health workers to the nutritional counseling wondering to improve patient's adherence to the treatment.

Keywords: Obesity - Adolescent - Feeding Behavior - Health Knowledge, Attitudes, Practice - Action research

TABELAS

Tabela 1 - Características demográficas e econômicas dos adolescentes pesquisados, atendidos na URSS entre junho de 2006 e junho de 2007 – Belo Horizonte, MG73

Tabela 2 – Circunferência da Cintura dos adolescentes pesquisados, atendidos na URSS, entre junho de 2006 e junho de 2007 – Belo Horizonte, MG.....76

Tabela 3 - Perfil lipídico dos adolescentes pesquisados, atendidos na URSS entre junho de 2006 e junho de 2007 – Belo Horizonte, MG.....77

Tabela 4 - Consumo alimentar dos adolescentes pesquisados, atendidos na URSS entre junho de 2006 e junho de 2007 – Belo Horizonte, MG.....78

QUADROS

Quadro 1 – Estilos de Aconselhamento Nutricional.....42

Quadro 2 – Estratégias de intervenção para pacientes de acordo com diferentes estágios de mudança de comportamento53

Quadro 3 – Conhecimentos, dúvidas e problemas dos adolescentes participantes da pesquisa na URSS entre Junho/2006 e Junho/2007 – Belo Horizonte, MG88

Quadro 4 – Conceitos, dificuldades e expectativas dos pais participantes da pesquisa na URSS entre Junho/2006 e Junho/2007 – Belo Horizonte, MG 106

GRÁFICOS

Gráfico 1 – Evolução do estágio de mudança do comportamento alimentar dos adolescentes pesquisados na URSS entre junho/2006 e junho/2007. Belo Horizonte, MG 126

Gráfico 2 – Evolução do IMC de adolescentes pesquisados na URSS entre junho/2006 e junho/2007 – Belo Horizonte, MG 128

LISTA DE SIGLAS

CDC - Centro de Controle de Doenças nos Estados Unidos

CC – Circunferência da Cintura

DISAL - Distrito Sanitário Leste

ENDEF - Estudo Nacional de Despesa Familiar

GF – Grupo Focal

GRA - Grupo de Reeducação Alimentar

HDL - High Density Lipoprotein (Lipoproteína de Alta Densidade)

IMC - Índice de Massa Corporal

IOTF - International Obesity Task Force

LDL - Low Density Lipoprotein (Lipoproteína de Baixa Densidade)

OMS - Organização Mundial de Saúde

PCT - Prega Cutânea Tricipital

PNAN - Política Nacional de Alimentação e Nutrição

POF - Pesquisa de Orçamentos Familiares

QFA - Questionário de Frequência Alimentar

SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia

SMSA - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

URSS - Unidade de Referência Secundária Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVOS.....	17
3 PERCURSO TEÓRICO.....	18
3.1 Obesidade.....	18
3.2 Adesão ao Tratamento da Obesidade.....	27
3.3 Comportamento Alimentar.....	34
3.4 A Educação em Saúde e a Educação Nutricional.....	38
3.5 Aconselhamento Nutricional.....	42
3.6 Modelo de Estágios de Mudança do Comportamento.....	51
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	57
4.1 Campo de Estudo.....	59
4.2 A Pesquisa Ação.....	60
4.3 Universo de Análise.....	63
4.4 Coleta de Dados.....	64
4.5 Análise dos Dados.....	69
5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	72
5.1 Artigos Produzidos Durante o Doutorado.....	72
5.2 Caracterização dos Adolescentes.....	73
5.3 Os Conhecimentos e Dificuldades dos Adolescentes Quanto à Obesidade.....	86
5.4 Os Conceitos, Atitudes e Expectativas dos Pais.....	104
5.5 Intervenção Nutricional para Adolescentes com Excesso de Peso.....	123
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	131
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	134
ANEXOS.....	146
ANEXO A – Parecer do comitê de ética da UFMG.....	146
ANEXO B – Parecer do comitê de ética da SMSA.....	147
ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	148
ANEXO D – Atendimento Nutricional URSS.....	148
ANEXO E – Estágio de Mudança do Comportamento Alimentar.....	150
ANEXO F – Questionário aplicado aos adolescentes.....	151
ANEXO G – Questionário aplicado aos pais.....	153
ANEXO H – Roteiro para Conduzir o Grupo Focal.....	156
ANEXO I – Resumo do artigo I.....	157
ANEXO J – Resumo do artigo II.....	158
ANEXO K – Resumo do artigo III.....	159

1 INTRODUÇÃO

A adolescência é um dos períodos mais desafiadores do ciclo de vida humano e pode ser entendida como uma etapa importante do processo de crescimento e desenvolvimento, cuja marca é a transformação. É um período extremamente relevante para a construção do sujeito individual e social (SAITO & SILVA, 2001).

Para alguns autores, a adolescência é o período da vida que se caracteriza entre a infância e a idade adulta, compreendendo uma série de transformações que extrapolam a esfera biológica. As modificações do psiquismo e as mudanças de inserção social que ocorrem são singulares e peculiares de cada época, de cada cultura e de cada família (LOURENÇO, 2002). Neste sentido, a adolescência teria início na puberdade, com o surgimento das características sexuais secundárias, e terminaria com o fim do crescimento. Já a Organização Mundial de Saúde (OMS) define adolescente como o indivíduo que se situa na faixa etária específica entre 10 e 20 anos incompletos (WHO, 1995).

De acordo com Saito & Silva (2001), as modificações de ordem psicológica e emocional que ocorrem na adolescência foram reunidas por Knobell e Aberastury na chamada “Síndrome da Adolescência Normal”. São características importantes desta síndrome: a busca da identidade, as variações do humor, a evolução da sexualidade, a separação progressiva dos pais, a tendência grupal, a vivência temporal, o senso de indestrutibilidade, o desenvolvimento do pensamento abstrato, a atitude social de reivindicação e manifestações contraditórias de conduta.

Enquanto que a infância se relaciona ao pensamento concreto, na adolescência se desenvolve o pensamento conceitual, o raciocínio hipotético e o pensamento abstrato. Apesar disto, alguns conceitos como tempo futuro e implicações do hoje no amanhã não são bem compreendidos pelos adolescentes (SAITO & SILVA, 2001). O tempo do adolescente se resume no presente e as noções de distância temporal e de futuro não fazem parte de seu repertório. Atitudes tomadas hoje, para a prevenção de problemas futuros, podem parecer desnecessárias e sem importância (LOURENÇO, 2002). A idéia de que “é necessário comer adequadamente hoje para ter boa saúde amanhã” é de difícil introjeção para os adolescentes (SAITO & SILVA, 2001). Diante disso, podem

ocorrer comportamentos inadequados de alimentação, pois acreditam ser a saúde inerente ao seu próprio ser.

O crescimento relativamente estável da infância é subitamente alterado por um aumento em sua velocidade na adolescência, que resulta em necessidades nutricionais especiais. Por outro lado, é neste período que ocorrem modificações nos hábitos alimentares em decorrência das mudanças no estilo de vida, sendo que muitas vezes estas modificações não contribuem para uma adequada ingestão de nutrientes (SAITO & SILVA, 2001). O excesso de peso na adolescência pode contribuir para o surgimento precoce de diversas doenças crônicas e apresenta ainda como agravante o risco do adolescente tornar-se um adulto obeso (FISBERG, 2005).

A Interface Nutrição X Ciências Humanas e Sociais

A pesquisa no campo da alimentação e nutrição evoluiu muito nos últimos anos, mas não gerou o impacto desejado na melhoria das condições nutricionais da população (BOOG, 2005). O conhecimento biológico tem se mostrado insuficiente para a compreensão do comportamento alimentar e para uma intervenção nutricional adequada. Em virtude disso, o estudo da alimentação partiu em busca da colaboração das Ciências Sociais e Humanas, visando esclarecer os condicionantes sociais do comportamento alimentar. Sabemos hoje que é quase impossível não recorrer a outros campos de conhecimento ao se estudar a alimentação e nutrição, pois há muitas indagações referentes a este tema que remetem ao seu caráter interdisciplinar (TONIAL, 2007).

Na realidade o problema com que se defrontam os profissionais que se dedicam à alimentação humana é que eles reconhecem a complexidade social e cultural do ato alimentar, mas não a incorporam nas suas práticas. Falta a estes profissionais um aprofundamento nos aspectos psicológicos e sociais envolvidos na alimentação, que os tornaria capazes de compreender e abordar as várias dimensões deste processo. A psicologia e a nutrição são áreas do conhecimento distintas dentro da estrutura acadêmica, mas que inevitavelmente se unem no contexto da saúde pública, principalmente quando se defrontam com o fenômeno da obesidade (CAVALCANTI, DIAS & COSTA, 2005).

Mesmo sendo a alimentação uma necessidade biológica, os alimentos se compõem tanto de nutrientes como de significados e cumprem tanto uma função

biológica como social. A escolha alimentar é um processo complexo que envolve fatores sócio-culturais e psicológicos e devido à indiscutível importância deste tema para as pesquisas em saúde, tem se enfatizado a necessidade de abordagens metodológicas multidisciplinares na tentativa de melhorar a compreensão desse processo (CAVALCANTI, DIAS & COSTA, 2005; JOMORI, PROENÇA & CALVO, 2008).

A reflexão sobre os vários aspectos envolvidos no campo da nutrição exige uma mudança de foco dos fenômenos mensuráveis para as questões de ordem social, psicológica e cultural. Abre-se assim um espaço para o surgimento de pesquisas qualitativas em nutrição (BOOG, 2005).

Pesquisadores têm sugerido que as contribuições das ciências humanas terão importância cada vez maior no manejo dos problemas de saúde (CAVALCANTI, DIAS & COSTA, 2005). Desta forma, torna-se necessário estabelecer uma aproximação crescente entre os pressupostos teóricos das ciências humanas e os recursos técnicos, possibilitando-se assim uma assistência de saúde mais efetiva para a população.

A Pesquisa e seus pressupostos

Este trabalho tem como tema os conceitos, dúvidas e dificuldades que adolescentes com excesso de peso e seus pais têm sobre a obesidade e seu tratamento.

As taxas de abandono do tratamento da obesidade em adolescentes são muito altas e os resultados parecem ser menos efetivos em pacientes com peso maior e naqueles que já tiveram outra tentativa de perder peso. A percepção do adolescente sobre a sua obesidade pode ser um fator que influencia na adesão ao tratamento. É importante avaliar se existe demanda para o tratamento da obesidade por parte dos adolescentes e trabalhar com os aspectos motivacionais da mudança de comportamento. O envolvimento das pessoas que compõem os laços sociais e afetivos com os adolescentes no tratamento pode facilitar a adesão e os aspectos psicológicos do paciente podem interferir nos resultados. Porém, a aderência e resposta de adolescentes obesos ao tratamento não devem ser medidas somente pela perda de peso.

A justificativa

Um objeto de estudo, geralmente, surge no espaço de trabalho do pesquisador, a partir das experiências vividas e das reflexões feitas neste espaço. Como afirma Minayo (2007), "nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática".

Este projeto surgiu da minha vivência profissional na Unidade de Referência Secundária Saúde (URSS). Como nutricionista da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA), em março de 2004 iniciei o atendimento nutricional dos pacientes da referida unidade, uma vez por semana. O índice de abandono do tratamento era alto e entre os pacientes que retornavam os resultados não eram bons. A necessidade de compreender o fenômeno da alimentação humana e os determinantes das escolhas alimentares crescia junto com a preocupação dos limites do trabalho isolado da nutrição. Mas mesmo ciente da necessidade de uma abordagem interdisciplinar, havia a dúvida sobre como dialogar com as disciplinas vizinhas, sendo a nutrição uma disciplina que tradicionalmente se insere numa perspectiva positivista.

Diante do grande número de crianças e adolescentes obesos encaminhados para a unidade, cujo tratamento não apresentava resultados satisfatórios, tornou-se necessário identificar inicialmente as causas do insucesso ou da não adesão ao tratamento. Particularmente me despertou o interesse a investigação do problema entre os adolescentes. Neste período de transição, caracterizado por intensas mudanças corporais e impulsos do desenvolvimento emocional, mental e social, o tratamento da obesidade parece ser um desafio ainda maior.

O grande privilégio de um pesquisador é conhecer mais de perto a realidade de um tema que o instiga e impulsiona (MINAYO, 2007). Comecei a ler e buscar em outras áreas do conhecimento o auxílio para desenvolver uma práxis mais satisfatória, que realmente contribuísse para a qualidade de vida dos pacientes. Iniciei então uma discussão com os adolescentes e seus pais sobre os problemas e dificuldades enfrentadas durante o tratamento e quais recursos e estratégias poderiam contribuir para a assistência aos mesmos. Desta forma procurei desenvolver uma ação investigativa e ao mesmo tempo terapêutica, buscando melhorar a assistência a estes adolescentes. O estudo apresentava

viabilidade técnica, financeira e operacional, devido ao fato de já estar inserida no serviço.

Alguns pontos tornam a obesidade na adolescência um importante problema de saúde que precisa ser estudado: a prevalência, a persistência ao longo da vida, as repercussões psicológicas e a associação com diabetes, doenças osteoarticulares, hipertensão e outras doenças cardiovasculares.

A escassez de estudos que abordam os aspectos envolvidos no tratamento da obesidade em adolescentes e orientem ações efetivas neste contexto, define a importância deste estudo. A prevenção da obesidade nesta fase da vida, bem como o diagnóstico precoce e o tratamento são fundamentais para melhorar o prognóstico da doença. No entanto, parece existir uma lacuna no conhecimento quanto aos aspectos emocionais e culturais envolvidos no surgimento e manutenção da obesidade nesta faixa etária.

A finalidade desta investigação é compreender os problemas vivenciados pelos adolescentes no enfrentamento da obesidade e a partir disso, como nutricionista da SMSA, professora e acadêmica, contribuir para a melhoria de qualidade do tratamento em obesidade na adolescência e propiciar informações para o planejamento de políticas públicas nesta área.

2 OBJETIVOS

Objetivo geral:

Analisar os fatores relacionados ao tratamento da obesidade em adolescentes atendidos em um serviço público de saúde, a fim de contribuir para a assistência prestada aos pacientes.

Objetivos específicos:

- Traçar o perfil dos adolescentes obesos atendidos neste serviço
- Pesquisar junto aos adolescentes seus problemas e dúvidas sobre o tratamento da obesidade
- Investigar os conceitos* dos familiares sobre a obesidade em adolescentes e as expectativas quanto ao seu tratamento
- Desenvolver ações de educação e intervenção junto ao grupo de adolescentes e familiares, observando as dificuldades identificadas sobre o tema.

*conceitos no sentido de idéia, opinião, pensamento, concepções, crenças e atitudes.

3 PERCURSO TEÓRICO

3.1 Obesidade

A obesidade é um problema complexo, de prevalência crescente e um grande desafio para profissionais de saúde e pacientes (NELMS, 2001; MELLO, LUFT & MEYER, 2004a). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a obesidade é um transtorno metabólico caracterizado pelo acúmulo anormal ou excessivo de gordura no organismo que pode levar a um comprometimento da saúde (WHO, 1998; WHO, 2006).

Existem vários métodos de avaliação nutricional para diagnosticar o sobrepeso e a obesidade, como a antropometria e a avaliação da composição corporal. Os métodos antropométricos são os de mais fácil manuseio, inócuos, de baixo custo e os mais indicados para a prática diária. Para os adolescentes, o uso do Índice de Massa Corporal (IMC) tem sido validado em muitos estudos, apresentando alta especificidade para diagnóstico da obesidade (ESCRIVÃO et al, 2000).

O IMC é calculado através da divisão do peso (em kg) pelo quadrado da altura (em metros). O termo obesidade tem sido aplicado quando o IMC excede o percentil 95 nos gráficos de crescimento do Centro de Controle de Doenças nos Estados Unidos (CDC) para crianças da mesma idade e sexo, enquanto sobrepeso é aplicado para crianças ou adolescentes cujo IMC está entre o percentil 85 e 95 (CDC, 2000). No entanto, em 2007 a OMS fez nova proposta para o ponto de corte da obesidade e apresentou novas curvas de IMC por idade. De acordo com esta proposta a obesidade seria caracterizada pelo IMC acima do percentil 97 (DE ONIS et al, 2007).

A OMS estima que, no mundo, cerca de 300 milhões de indivíduos apresentam obesidade (WHO, 2003a). A obesidade e suas complicações vêm crescendo rapidamente entre adultos, crianças e adolescentes, sendo reconhecida hoje como uma epidemia global (WANG, MONTEIRO & POPKIN, 2002; O'BRIEN, HOLUBKOV & REIS, 2004) e a maior causa prevenível de morbidade e mortalidade (WHO, 1998).

As taxas mais altas de prevalência da obesidade infantil têm sido observadas nos países desenvolvidos, porém, esta prevalência está aumentando nos países em desenvolvimento (WHO, 1998; FRIEDRICH, 2002). Nos Estados Unidos o número de crianças com sobrepeso duplicou e o de adolescentes triplicou desde 1980 (WHO, 2003a) e estima-se atualmente que cerca de 30% das crianças americanas apresentam sobrepeso e 11% obesidade (STYNE, 2001; FLEGAL et al, 2002; O'BRIEN, HOLUBKOV & REIS, 2004).

No Brasil, os inquéritos populacionais de tendência da obesidade nos últimos 25 anos também mostram um aumento na prevalência da doença em geral (BATISTA FILHO & RISSIN, 2003). Estudos realizados em diferentes capitais do Brasil revelam que o sobrepeso e a obesidade chegam a atingir cerca de 30% das crianças e adolescentes estudados, como em Recife (BALABAN & SILVA, 2001) e Salvador (LEÃO et al, 2003). Estudo recente realizado em Fortaleza encontrou uma prevalência total de sobrepeso e obesidade de 19,5%. Esta prevalência foi maior nas escolas privadas e na adolescência precoce, não ocorrendo diferença entre os sexos (CAMPOS, LEITE & ALMEIDA, 2007).

A tendência secular do estado nutricional da população brasileira de adolescentes foi analisada em três inquéritos nacionais realizados em 1974-1975, 1989 e 2002-2003, com intervalos de 14 anos. A freqüência de excesso de peso em meninos é relativamente baixa no primeiro inquérito (3,9%), mas duplica no segundo inquérito (8,3%) e novamente duplica do segundo para o terceiro inquérito (17,9%). A freqüência de excesso de peso em meninas aumenta em cerca de 80% do primeiro para o segundo inquérito (de 7,5% para 13,8%) e em apenas cerca de 10% do segundo para o terceiro inquérito (de 13,8% para 15,4%). A evolução da obesidade repete, com freqüências menores, a evolução do excesso de peso observada ao longo dos três inquéritos. No sexo masculino a freqüência de obesidade foi de 0,1% no primeiro inquérito, 0,7% no segundo e 1,8% no terceiro. No sexo feminino a freqüência da obesidade também aumentou entre os inquéritos sendo respectivamente 0,7%, 2,2% e 2,9% (IBGE, 2006).

Causas

A fisiopatologia da obesidade ainda não está totalmente esclarecida e os últimos avanços vêm ocorrendo no campo da biologia molecular (ESCRIVÃO et al, 2000). De uma maneira geral acredita-se que a obesidade é decorrente do aumento

de gordura celular e do número de células gordurosas. Há três períodos do desenvolvimento humano em que este aumento se verifica de maneira fisiológica: último trimestre de vida intra-uterina, primeiro ano de vida e início da adolescência. Estes períodos se constituem épocas críticas para o estabelecimento da obesidade (SAITO & SILVA, 2001).

A investigação das causas da obesidade não tem sido simples, permanecendo ainda como objeto de diversos estudos. Sua etiologia representa uma complexa interação entre fatores genéticos e ambientais (ANDERSEN, 2000; ESCRIVÃO et al, 2000). O aumento da prevalência da obesidade entre as crianças e os adultos reflete primeiramente uma mudança nos padrões de comportamento, em direção a um balanço energético positivo (ANDERSEN, 2000; DEGHAN, AKHTAR-DANESH & MERCHANT, 2005). Esta mudança se expressa principalmente pelo sedentarismo e pela preferência por alimentos industrializados e ricos em gordura (WHO, 1998).

Os fatores genéticos influenciam a susceptibilidade de uma criança para a obesidade, mas esta tendência se manifesta em ambientes propícios, onde o estilo de vida desempenha um importante papel. Desta forma, o efeito do fator genético da obesidade familiar pode ser alterado por influências ambientais (ROSENBAUM & LEIBEL, 1998). Por outro lado, os fatores ideológicos, culturais e emocionais influenciam a formação do hábito alimentar das crianças, a sua percepção de fome, seu apetite e saciedade (PARIZZI, 2004).

O caráter familiar da obesidade pode ser observado em muitos pacientes adolescentes (FISBERG, 2005). A herança familiar envolvida no aparecimento da obesidade decorre da interação de genes e do ambiente, onde muitas vezes as crianças são criadas sem uma rotina alimentar e sem disciplina, inclusive para comer. A grande oferta de alimentos e a falta de limites podem mascarar a ausência de amor ou a rejeição e o alimento pode ser visto como fonte de prazer ou compensação pelos problemas vividos (SAITO & SILVA, 2001).

Pesquisa recente que acompanhou mais de doze mil pacientes por 32 anos, concluiu que a rede de relacionamentos é um fator que também altera o peso. Segundo a pesquisa, ter um amigo obeso aumenta em 57% as chances de alguém apresentar obesidade e os amigos têm mais influência na balança que os parentes. O mesmo efeito foi notado também em relação à perda de peso. Os pesquisadores

sugerem que a obesidade se dissemina por meio de uma espécie de contágio social, porque adotamos inconscientemente o comportamento das pessoas que estimamos e que este fator deve ser levado em conta quando tentamos tratar a obesidade (CHRISTAKIS & FOWLER, 2007).

Apenas um pequeno número de casos de obesidade infantil é devido a doenças do sistema endócrino, síndromes genéticas ou efeitos secundários de algumas drogas (DEHGHAN, AKHTAR-DANESH & MERCHANT, 2005).

Segundo Rosenbaum & Leibel (1998), fatores emocionais e ambientais estão envolvidos tanto na etiologia quanto nas conseqüências da obesidade. No entanto, apesar da associação entre depressão e obesidade estar relatada em vários estudos (LUIZ et al, 2005), não há consenso na literatura sobre esta relação.

Vários fatores têm sido descritos na literatura como associados ao aparecimento e manutenção da obesidade: obesidade familiar, baixo nível educacional dos pais, ausência do aleitamento materno, peso ao nascer, composição familiar (FISBERG, 2005). Em estudo longitudinal de grande tamanho amostral (8234 crianças), Reilly e colaboradores (2005), assinalaram como potenciais fatores de risco apenas um maior peso ao nascer e a obesidade dos pais. Porém, ao avaliar os fatores presentes no início da vida de crianças e adolescentes obesos, este estudo não encontrou relação entre obesidade infantil e sexo, época de nascimento, idade gestacional, introdução precoce de alimentação complementar, número de irmãos, etnia e idade materna.

Apesar de estar tradicionalmente associada às camadas mais abastadas da população, a obesidade tem se apresentado de forma crescente nas camadas mais pobres (WANG, MONTEIRO & POPKIN, 2002; FISBERG, 2005). A obesidade entre a população de baixa renda não é causada somente pela falta de informação, mas é fruto da busca pela comida economicamente acessível, porém, de baixo valor nutritivo, que controla a fome e proporciona sensação de saciedade (TONIAL, 2001).

A escassa compreensão do excesso de peso dos filhos pode ser um risco para a saúde uma vez que os pais de crianças e adolescentes com sobrepeso geralmente subestimam o peso da criança. Etelson et al (2003), observaram que os pais de crianças e adolescentes com sobrepeso têm maior dificuldade em perceber o excesso de peso de seus filhos. De acordo com estes autores, apenas 10,5%

destes pais tinha uma correta percepção do peso de seus filhos, contra 59,4% dos demais pais.

Repercussões

O sobrepeso e obesidade na infância e adolescência podem ter um impacto significativo na saúde tanto física como psicológica (BARLOW & DIETZ, 1998; DEHGHAN, AKHTAR-DANESH & MERCHANT, 2005). A chance de uma criança obesa tornar-se um adulto obeso está ao redor de 16%. Um adolescente obeso terá esta chance aumentada, sendo de 8 para cada 10 (FISBERG, 2005). As conseqüências médicas e psicológicas da obesidade nesta faixa etária tendem a se refletir pela vida toda, se não forem precocemente tratadas. Além disso, quanto mais precoce o aparecimento da obesidade, maior a chance de desenvolvimento de complicações (MELLO, LUFT & MEYER, 2004a).

A obesidade está associada a alterações metabólicas importantes, que são dependentes de sua duração e de sua gravidade (ESCRIVÃO et al., 2000). Os profissionais de saúde têm observado aumento crescente de dislipidemias, hipertensão e diabetes em pacientes obesos (ANDERSEN, 2000). Nas idades menores, a morbidade é menor, mas nos adolescentes verifica-se a concomitância de fatores de risco que levam a um aumento da mortalidade no adulto, por associação com a doença arterioesclerótica e alterações metabólicas (FISBERG, 2005; SICHIERI & SOUZA, 2008).

As conseqüências da obesidade infantil se mostram na prática principalmente através do diabetes tipo 2 e da hipertensão (NELMS, 2001). Muitas das complicações da obesidade são mecânicas, conseqüentes da sobrecarga provocada pelo excesso de peso. Ressaltam-se ainda os problemas de saúde associados, que incluem dificuldades respiratórias, problemas dermatológicos e infertilidade (WHO, 2003a; FISBERG, 2005).

As alterações dermatológicas mais encontradas na obesidade são as estrias, a fragilidade da pele nas regiões das dobras, com tendência às infecções fúngicas e a *acantose nigricans* (escurecimento da pele nas axilas e no pescoço). As complicações ortopédicas são bastante freqüentes na obesidade, devido ao trauma provocado nas articulações pelo excesso de peso. As articulações dos joelhos são as mais envolvidas e o deslizamento da epífise da cabeça do fêmur também é comum em obesos (ESCRIVÃO et al., 2000).

A associação entre obesidade e dislipidemia, já bem conhecida entre os adultos, também tem sido documentada em crianças e adolescentes. O Bogalusa Heart Study demonstrou que em crianças obesas os níveis de triglicérides elevaram-se progressivamente até a idade adulta, enquanto as concentrações de lipoproteínas de alta densidade reduziram dramaticamente. Estes resultados contribuíram para que ao longo do tempo se elevasse a relação entre lipoproteínas de baixa densidade (LDL) e de alta densidade (HDL), levando ao aparecimento de aterosclerose e de outras doenças coronarianas (FREEDMAN, 1999).

A obesidade nas fases precoces da vida pode levar ainda ao desenvolvimento de problemas psicológicos e sociais que podem persistir na fase adulta (EDMUNDS, WATERS & ELIOT, 2001; DEGHAN, AKHTAR-DANESH & MERCHANT, 2005). Alguns autores afirmam que o excesso de peso pode causar impacto deletério na função escolar e social (VEUGELERS & FITZGERALD, 2005; SWALLEN et al, 2005). A auto-imagem negativa e a discriminação social também são alguns dos aspectos relacionados à obesidade (LUIZ et al, 2005).

Outro fator que deve ser considerado diz respeito ao impacto da obesidade sobre o orçamento de saúde. A obesidade é responsável por 2-7% do total das despesas em cuidados de saúde nos países desenvolvidos. Mas os verdadeiros custos são maiores, pois nem todas as condições relacionadas com a obesidade estão incluídas nos cálculos (WHO, 2003a).

Aspectos da prevenção e do tratamento

A obesidade é uma doença de difícil controle, com altos percentuais de insucessos terapêuticos e de recidivas, podendo apresentar, na sua evolução, sérias repercussões orgânicas e psicossociais (ESCRIVÃO et al, 2000; SICHIERI & SOUZA, 2008). A importância crescente do problema da obesidade nas crianças e adolescentes justifica maior atenção sobre esse grupo etário, tornando-se necessárias iniciativas que visem o seu controle.

O tratamento da obesidade nesta faixa etária pode ser ainda mais difícil do que no adulto, uma vez que a criança depende das escolhas alimentares e disponibilidade de tempo dos pais (MANTOANELLI et al, 1997). Além disso, a falta de entendimento da criança quanto aos danos que a obesidade pode lhe trazer também prejudica a adesão à terapêutica (MELLO, LUFT & MEYER, 2004b). As

variáveis da família exercem grande efeito nos esforços dos adolescentes e devem ser consideradas em programas de redução de peso (WHITE et al, 2004).

Ao se definir as bases do tratamento da obesidade para adolescentes, é importante estabelecer objetivos e intervenções individualizadas, baseadas na idade destes, grau de obesidade e na presença de comorbidades. O envolvimento da família é fundamental e devem-se considerar os fatores comportamentais, psicológicos e sociais envolvidos no ganho de peso. O objetivo é fornecer recomendações para mudanças na dieta e atividade física, que podem ser implementadas dentro do ambiente familiar e que promovam a saúde, crescimento e desenvolvimento adequados (DANIELS et al, 2005).

É recomendado que a intervenção comece precocemente e que os programas de tratamento instituem mudanças permanentes, e não dietas em curto prazo ou programas de exercício físico objetivando uma rápida perda de peso. As mudanças devem ser pequenas e graduais. Diminuir o consumo de alimentos e preparações hipercalóricas já é suficiente para a redução do peso (BARLOW & DIETZ, 1998). Dietas muito restritivas não são aconselháveis e podem promover déficit de crescimento estatural (MELLO, LUFT & MEYER, 2004a).

As intervenções destinadas a prevenir o excesso de peso na infância e adolescência devem envolver os pais, como importante força de mudança no comportamento alimentar de seus filhos. É necessário desenvolver programas que visem melhorar a capacidade dos pais em facilitar a mudança de comportamento das crianças e adolescentes para uma alimentação saudável e um estilo de vida mais ativo (SAVAGE, FISHER & BIRCH, 2007).

A redução da obesidade em crianças que recebem apoio dos pais é maior em relação às que não recebem este apoio (GOLAN & CROWN, 2004). Uma vez que a maioria dos pais de crianças com sobrepeso não reconhecem que o seu filho tem um problema de peso, os pediatras devem desenvolver estratégias para ajudar a ampliar as percepções destes pais (ETELSON et al, 2003).

Epstein et al (2000) relatam que um comportamento sedentário decrescente é um ingrediente-chave no sucesso do tratamento da obesidade infantil. A OMS sugere que sejam realizados planos nacionais para aumento da atividade física. Estes planos devem ter objetivos claros e especificar um resultado mensurável em um determinado intervalo de tempo. Um exemplo citado seria

aumentar em 2% ao ano a proporção de crianças e adolescentes que participam de atividades físicas diariamente na escola até 2020 (WHO 2007).

A posição da American Dietetic Association é que a obesidade infantil precisa de intervenção que combine programas com múltiplos componentes baseados na família e na escola, que incluam a promoção de atividade física, orientação dos pais, aconselhamento comportamental e educação nutricional (ADA, 2006).

Os efeitos adversos da obesidade no adulto, a relação direta entre obesidade na infância e na vida adulta e os resultados desfavoráveis e frustrantes do tratamento da obesidade nas fases precoces da vida tornam cada vez mais importante a sua prevenção. Steinbeck (2001) ressalta os resultados encorajadores das intervenções escolares direcionadas a aumentar atividade física ou diminuir comportamentos sedentários na infância. Uma recente revisão dos programas de prevenção de obesidade em crianças e jovens, desenvolvidos em contexto escolar mostrou que cerca de 70% dos programas selecionados foram considerados eficazes, baseado em uma redução significativa no IMC ou das medidas de dobras cutâneas. Promover a educação física nas escolas e a redução do tempo assistindo à televisão são dois exemplos de intervenções que foram eficazes (DOAK et al, 2006).

Toda a comunidade precisa participar ativamente nas estratégias para evitar a obesidade em crianças e adolescentes. O incentivo ao consumo de alimentos saudáveis e à prática de atividade física pode ser o primeiro passo na caminhada para a redução dos níveis de obesidade nesta faixa etária (ANDERSEN, 2000). A diminuição da prevalência da obesidade requer parcerias e intervenções dirigidas à comunidade, aos serviços de saúde e às escolas (STORY et al, 2002).

No Brasil, as questões voltadas para prevenção e controle da obesidade encontram-se em seus primeiros passos. Na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), aprovada em 1999, a obesidade é apontada como evento de controle prioritário. A PNAN contempla o desenvolvimento de várias ações para melhoria da alimentação das crianças e adolescentes como capacitações para cuidadores, merendeiras e professores sobre alimentação saudável; ampliação da merenda escolar para comunidade indígena e inclusão do tema Alimentação Saudável nos parâmetros curriculares das escolas brasileiras (BRASIL, 2003). Os

serviços de saúde no Brasil começam a se organizar para implementar propostas e estratégias de atenção primária para a obesidade.

Um olhar mais ampliado em relação ao fenômeno da obesidade não se satisfaz, porém com a explicação de que a doença é fruto do mecanismo simplista da diferença entre o número de calorias consumidas e gastas. O fato de a obesidade ser influenciada por fatores sociais, culturais, econômicos e psicológicos aponta para a necessidade de diálogo com outras áreas distintas do conhecimento na tentativa de buscar soluções para um problema tão complexo (RODRIGUES & BOOG, 2005; TONIAL, 2007).

A simples transmissão de informações nutricionais não é suficiente para auxiliar o paciente que precisa fazer mudanças na alimentação, pois estas informações alcançam somente a dimensão intelectual e a alimentação envolve muito mais do que isso. A educação nutricional tem como grande desafio a necessidade de criar estratégias educativas que além de transmitir informações, possibilitem a criação de novos sentidos para o ato de comer (RODRIGUES & BOOG, 2005).

É importante considerar a dimensão psicossocial do ser humano na prática da assistência em saúde, de modo a melhorar os resultados do tratamento de adolescentes com excesso de peso. As orientações aos pacientes dirigidas para mudanças comportamentais são importantes, mas não devem estar separadas do contexto social e cultural dos indivíduos (BOOG, 1999; GARCIA & CANESQUI, 2005).

Os profissionais de saúde têm um papel crucial a desempenhar tanto na prevenção como no tratamento da obesidade (STORY et al, 2002). Estes profissionais devem adotar uma postura encorajadora e não crítica frente a seus pacientes (BARLOW & DIETZ, 1998). Os estudos têm demonstrado ainda a importância do atendimento interdisciplinar no tratamento da obesidade, como forma de abordar os aspectos psicológicos, comportamentais e ambientais envolvidos no processo (PARIZZI, 2004).

Em estudo desenvolvido por Story e colaboradores (2002), pediatras, enfermeiras e nutricionistas foram entrevistados sobre as atitudes e barreiras percebidas frente ao tratamento da obesidade infantil. As barreiras mais citadas pelos profissionais em geral foram: falta de envolvimento dos pais, falta de

motivação dos pacientes e a falta de serviços de apoio. O tempo reduzido para as consultas foi um grande obstáculo para quase 60% dos pediatras. Entre as barreiras pessoais, foi citada principalmente a baixa proficiência em aconselhamento, em gestão comportamental e na abordagem familiar. Em geral um menor número de barreiras foi identificado pelos nutricionistas quando comparados com pediatras ou enfermeiras. Houve manifestação de interesse em treinamento na utilização de estratégias de gestão comportamental, orientações técnicas para os pais e na resolução dos conflitos familiares.

Programas educacionais que ensinam técnicas de aconselhamento para os profissionais em formação na graduação e pós-graduação podem ajudar a desenvolver as competências necessárias para um trabalho mais efetivo com os pacientes. Um investimento na formação e aperfeiçoamento profissional poderia melhorar a qualidade e os resultados da prevenção e tratamento da obesidade. As abordagens terapêuticas práticas para ajudar indivíduos a aumentar a sua motivação ou prontidão para mudar comportamentos alimentares e de atividade física são promissoras. Estas técnicas incluem os estágios de mudança do comportamento, técnicas de aconselhamento, entrevista motivacional, breve negociação e auto-gestão comportamental (STORY et al, 2002).

Schwartz & Brownell (2007) argumentam que a obesidade deve ser vista como conseqüência do chamado ambiente tóxico e não como resultado apenas da falta de responsabilidade dos envolvidos. Para estes autores, a fim de avançar no sentido de diminuir a prevalência da obesidade infantil, é necessário somar os esforços do modelo médico, que incide sobre o indivíduo, com o modelo de saúde pública, que incide sobre a população.

3.2 Adesão ao Tratamento da Obesidade

Apesar de configurar-se como um problema para pesquisadores, profissionais de saúde e para o campo da saúde pública, o conceito de adesão é de difícil definição e operacionalização em pesquisas e também na prática clínica (SHAY, 2008).

A adesão é comumente definida como a concordância do paciente em alterar seu comportamento de acordo com as instruções recebidas. Em outras palavras pode ser entendida como a decisão dos pacientes de seguir as orientações

ou utilizar a medicação que lhe foi prescrita (WHO, 2003b). Tais definições implicam em uma concepção do paciente como passivo ou incapaz de fazer escolhas sobre seu tratamento e não concebem a idéia de dar maior autonomia e liberdade ao paciente, para que este possa conduzir seu tratamento, com o acompanhamento do profissional de saúde. Neste sentido, a adesão seria expressa na medida em que o comportamento do paciente correspondesse à opinião, à informação ou ao cuidado médico, seguindo instruções para medicações, fisioterapia, dietas e outras mudanças no estilo de vida (MILLER, 1997).

O documento da OMS “Adherence to Long-Term Therapies” afirma que a adesão tem sido definida como o nível em que cada paciente atende as recomendações ou instruções médicas. Porém, questiona que instrução implica em passividade do paciente e desta forma ele não é um colaborador do processo. Além disso, afirma que o termo “médico” é insuficiente, devido às várias intervenções usadas para tratar doenças crônicas e que muitos pesquisadores estão focados na adesão à terapia medicamentosa, porém a aderência também inclui numerosos comportamentos relacionados à saúde que vão além da medicação. O documento coloca desta forma uma forte ênfase na diferença entre *adherence* (aderência) e *compliance* (obediência). A aderência requer que o paciente concorde com a recomendação, tornando-se parceiro ativo dos profissionais de saúde no seu auto cuidado, sendo a boa comunicação entre o paciente e o profissional de saúde o fator mais importante para uma prática clínica efetiva (WHO, 2003b).

Na mesma linha de pensamento da OMS, Brawley & Culos-Reed (2000), também afirmam que os termos mais utilizados na língua inglesa, *adherence* e *compliance*, têm significados diferentes. Para os autores, o termo *compliance*, que pode ser traduzido como obediência, condescendência, submissão, pressupõe um papel passivo do paciente, e *adherence*, ou aderência como o termo utilizado para identificar uma escolha livre das pessoas de adotarem ou não certa recomendação. O entendimento do papel do paciente como sujeito ativo, que participa e assume responsabilidades sobre seu tratamento, que adere ou não, é defendido por vários autores pesquisados.

Apesar de existirem inúmeros estudos sobre a adesão ao tratamento em doenças crônicas, estes estudos ainda são insuficientes para desvelar as causas e conseqüências do fenômeno. A maioria das pesquisas refere-se a doenças crônicas

como hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase e AIDS. Vários desses estudos concebem a não adesão como um comportamento irracional do paciente, tornando-os culpados. Ao se colocar toda a responsabilidade do tratamento no paciente, entendendo-se que a adesão ou a falta dela é um problema exclusivo de força ou fraqueza de vontade, esgotam-se as possibilidades de intervenção.

Nestas pesquisas o termo é geralmente definido de forma reducionista e simplificada, de modo a não abarcar as múltiplas perspectivas do conceito, havendo um distanciamento da realidade do fenômeno. Além disso, ao culpar os pacientes, o profissional perde a oportunidade de compreender as expectativas, conhecimentos e características deles, que poderiam levar a um atendimento com maior qualidade. Uma visão contemporânea sobre este termo aponta para a adesão como um comportamento humano complexo, afetado pela personalidade do paciente, pela relação com os profissionais de saúde, pelas experiências culturais e pela comunidade e familiares.

No geral, a noção de múltiplas causas ou aspectos relacionados à adesão parece mais adequada para explicar o fenômeno. A adesão do paciente pode ser influenciada por fatores diversos, ligados à doença, ao tratamento, ao paciente, às condições sociais e econômicas, como também, relacionada ao sistema de saúde que o atende (SILVEIRA & RIBEIRO, 2005). Dentre os fatores relacionados ao paciente estão o suporte social, as crenças individuais sobre saúde, o conhecimento dos riscos e benefícios da terapia, as características sócio-demográficas, a capacidade de compreensão das informações, a dificuldade de adequação à rotina de vida, a ausência de sintomas, a sensação de sentir-se bem e o grau de mudança comportamental exigido. Já os fatores relacionados ao tratamento seriam: a relação entre paciente e profissionais de saúde, o estabelecimento da confiança, a continuidade da interação e a má comunicação de informações. As características da doença e do tratamento também influenciam na adesão (SHAY, 2008).

Não há padrão ouro para medir adesão, apesar das várias estratégias relatadas na literatura (WHO, 2003b). Os especialistas têm sugerido que o comportamento de adesão seja medido como uma variável contínua, preferivelmente à sua categorização como aderente ou não aderente, para garantir que todas as variações de caráter comportamental sejam adequadamente observadas e acompanhadas (WHO, 2003b).

A fraca adesão ao tratamento de doenças crônicas é um problema mundial de marcante grandeza. Estima-se que aproximadamente 50% da população geral de portadores de doenças orgânicas crônicas em países desenvolvidos não apresentem comprometimento adequado ou suficiente com o tratamento. Nos países em desenvolvimento as taxas são ainda mais baixas. (WHO, 2003b; SHAY, 2008). Alguns estudos relatam que 75% dos pacientes não seguem as recomendações médicas e nutricionais relacionadas às mudanças no estilo de vida, como restrições alimentares, abandono do fumo, entre outras (DiMatteo, 1994 apud ASSIS & NAHAS, 1999), confirmando assim, a baixa adesão dos pacientes quando há necessidade de uma alteração no estilo de vida.

A fraca adesão compromete seriamente a eficácia do tratamento tornando esta uma questão crítica tanto do ponto de vista da qualidade de vida como de economia, pois há um aumento dos custos de saúde. O impacto da fraca adesão cresce na mesma proporção em que aumenta a carga de doenças crônicas no mundo (WHO, 2003b).

Melhorar a adesão ao tratamento exige um processo contínuo e dinâmico dos profissionais de saúde, os quais devem ser capazes de avaliar se o paciente está pronto a aderir, fornecer conselhos sobre como fazê-lo e acompanhar o progresso do paciente a cada contato. Não há nenhuma estratégia única de intervenção, ou conjunto de estratégias que tem demonstrado ser eficaz para todos os doentes. Por conseguinte, as intervenções precisam ser adaptadas às particularidades de cada doença (WHO, 2003b).

Os doentes devem ser apoiados e não culpados. A aderência é influenciada por vários fatores e resolver os problemas relacionados com cada um deles é necessário a fim de que os doentes tenham melhor aderência (SHAY, 2008). A família, a comunidade e associações dos doentes constituem fatores essenciais para o sucesso do tratamento e todos devem desempenhar um papel ativo de suporte formal ou informal, conhecido como suporte social (WHO, 2003b).

Um forte compromisso com uma abordagem interdisciplinar é necessário para se obter progressos nesta área. Isto exigirá uma ação coordenada entre os profissionais de saúde, pesquisadores, políticos e gestores da saúde (WHO, 2003b).

Adesão ao tratamento da obesidade em adolescentes

Em extensa revisão da literatura, Parizzi (2004) concluiu que há baixa adesão ao tratamento da obesidade em geral e um abandono precoce às consultas. Além disso, as altas taxas de abandono chegam a inviabilizar estudos sobre obesidade. De acordo com a OMS, cerca de 95% dos obesos que seguem dieta para emagrecer fracassam na manutenção do corpo mais magro (WHO, 1998). Para a International Obesity Task Force (IOTF), o aumento da prevalência da obesidade evidencia um fracasso na abordagem terapêutica vigente e das estratégias para sua prevenção (PARIZZI, 2004).

Estudos sobre a adesão ao tratamento de obesidade são complexos e ainda insuficientes. A análise dos estudos existentes aponta para a falta de consenso sobre o conceito de adesão. Uma revisão bibliográfica sobre o tratamento de adolescentes obesos corrobora as idéias acima e mostra que não há evidências para categorizar as diferentes intervenções em termos de maior ou menor efetividade. Collins et al (2006), concluíram que não é possível avaliar a eficácia de intervenções dietéticas para tratamento de obesidade infantil devido à falta de estudos de alta qualidade e da heterogeneidade de desenhos e combinações de tratamentos.

Muitos estudos disponíveis na literatura investigam a eficácia dos tratamentos considerando a variação na perda de peso, mas poucos investigaram os fatores determinantes do abandono precoce ao tratamento. Há uma necessidade urgente de melhorar a qualidade dos estudos nesta área, porque a obesidade infantil coloca grandes riscos para a saúde das populações. Há ainda poucos elementos que sirvam de base às estratégias terapêuticas (COLLINS et al, 2006).

Um estudo multicêntrico de 1383 crianças obesas na Itália, conduzido por Pinelli et al, (1999), encontrou taxa de abandono de cerca de 30% após a primeira consulta e depois de dois anos de seguimento, apenas 9,7% das meninas e 6,4% dos meninos permaneciam em tratamento. Em estudo retrospectivo com 185 crianças e adolescentes, realizado no Hospital das Clínicas da UFMG, Parizzi (2004) encontrou 24% de abandono acumulado em 3 meses e 50% de abandono acumulado em 12 meses.

Devido à baixa adesão de pacientes ao tratamento da obesidade, torna-se necessário identificar qual seria a melhor estratégia para intervir satisfatoriamente

numa mudança de hábitos alimentares. Os indivíduos se preparam às vezes para as mudanças, porém não as mantêm. Há fatores intrínsecos e extrínsecos que interferem na adesão ao tratamento. O desinteresse pode estar relacionado com as estratégias de intervenção e teorias utilizadas nos programas de prevenção e tratamento (ASSIS & NAHAS, 1999).

A baixa adesão ao tratamento da obesidade pode estar relacionada a aspectos psicológicos, falta de apoio social e familiar ou pressão social. Já em relação às demais co-morbidades a busca por assistência tem sido freqüente. Há um consenso de que a procura por tratamento nutricional só ocorre na presença de graves problemas nutricionais, como a síndrome metabólica. Assim, o tratamento destas morbidades associadas tornou-se essencialmente fundamental.

A ocorrência simultânea da adolescência e da doença crônica caracteriza uma crise existencial, sobrepondo-se à outra crise, representada pela enfermidade incurável e necessidade de tratamento continuado. Neste contexto, o tratamento é influenciado pela qualidade da comunicação entre médicos, pais e pacientes. O sucesso ou insucesso dos esforços comunicativos mostra-se na objetividade de uma maior ou menor adesão ao tratamento (OLIVEIRA & GOMES, 2004). Nem sempre há nessa conduta de não adesão o que poderia ser interpretado como má vontade ou desinteresse do paciente e sua família. São conflitos inconscientes que atravessam a vontade consciente de seguirem o tratamento e atingirem seu objetivo.

Para Denzer e colaboradores (2004), é urgente estabelecer estratégias para melhorar a aderência ao tratamento da obesidade. A identificação de fatores que aumentam ou diminuem a perda de peso em adolescentes é um importante passo em programas de obesidade infantil e juvenil (WHITE et al, 2004; TRICHES & GIUGLIANI, 2005).

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 (PARIZZI, 2004). Outro motivo seria a compreensão insuficiente da relação entre os comportamentos ligados à saúde e o tratamento prescrito (CAVALCANTI, DIAS & COSTA, 2005). Apesar de estudos apontarem na direção das questões psicossociais envolvidas na obesidade, a doença tem sido enfrentada quase exclusivamente com prescrições de dietas.

Profissionais de saúde e pesquisadores enfatizam a necessidade de estudos que esclareçam melhor os aspectos culturais e psicológicos relacionados com a obesidade, os quais podem interferir na motivação para o estabelecimento de mudanças de comportamento necessárias (PARIZZI, 2004).

Como melhorar a adesão?

Dentre as estratégias mais utilizadas para melhorar a adesão ao tratamento de doenças crônicas, estão os programas educativos. Estes programas procuram informar sobre características da doença e envolver no tratamento tanto os jovens quanto seus familiares. Um outro fator que interfere nos resultados positivos de um programa de educação é a qualidade da relação comunicativa entre os jovens e seus pais (OLIVEIRA & GOMES, 2004).

Acredita-se que os processos sociais e psicológicos que permeiam a relação profissional de saúde-paciente estão diretamente relacionados à adesão. O paciente possui desejos, necessidades, direções ou metas. Muitas vezes, o profissional precisa utilizar-se disso para modificar os hábitos alimentares desse indivíduo. Por exemplo, um paciente que recentemente sofreu um ataque cardíaco pode estar motivado a mudar sua prática alimentar, mas os fatores externos podem influenciar positiva ou negativamente esta motivação. O suporte familiar e o prazer são fatores externos que podem atuar positivamente. Já uma motivação pessoal em seguir as recomendações dietéticas pode ser prejudicada em ocasiões sociais, ou devido à falta de suporte familiar e de amigos (HORN et al., 1997).

A OMS também enfatiza a qualidade da relação profissional-paciente como importante determinante da adesão. Deve-se criar uma atmosfera na qual as alternativas terapêuticas são exploradas, o regime é negociado, a aderência é discutida, a conduta é planejada e os acompanhamentos estão previstos. Esta concepção de adesão, considerando a relação entre paciente e profissionais de saúde, enfatiza o estabelecimento de um relacionamento seguro, íntimo, respeitoso, flexível e de confiança entre o profissional e a pessoa atendida, além da confecção de um plano de tratamento que se adapte à rotina de vida das pessoas que devem ter uma maior participação ativa no tratamento (WHO, 2003b).

Apesar da nítida influência sobre a adesão, a relação médico-paciente não é suficiente para explicar o fenômeno da não-adesão à terapêutica. É, sim, um

dos possíveis entraves que pode e deve ser trabalhado pela equipe de atenção à saúde.

A baixa adesão ocorre porque os programas partem do pressuposto de que as pessoas estão prontas para essa mudança. Na clínica pediátrica nunca se deve perder de vista que as desordens de seu comportamento respondem às vivências e aos conflitos de seu núcleo familiar. É fundamental que se proponham tratamentos para as crianças e adolescentes obesos e suas famílias, que os auxiliem no árduo processo de perda de peso. O profissional de saúde deve considerar, no entanto, a complexidade desse percurso, que está muito além da demanda de emagrecimento por parte do paciente (que não é garantia de adesão ao tratamento). É necessário trazer a criança ou o adolescente como sujeito e colocá-la como responsável pelo o que ocorre com ela.

A adesão é um processo dinâmico e contínuo em que se deve reconhecer a existência de um componente motivacional. O primeiro passo nessa direção é a concordância do paciente com as condutas propostas (WHO, 2003b; MARTINS, 2001). A motivação é considerada como um fator crucial para a adesão do paciente a uma mudança de estilo de vida. Porém, as influências motivacionais de hoje podem ser diferentes das de amanhã e metas em curto prazo podem se sobrepor às de longo prazo. O problema é que se tornar ou permanecer saudável envolve metas de longo prazo. Em contrapartida, a vontade de comer alimentos com um alto teor energético como um bolo de chocolate ou salgadinhos fritos, satisfaz uma vontade imediata e de curto prazo, proporcionando muitas vezes uma sensação de prazer (ASSIS & NAHAS, 1999).

A estimativa de que apenas 21% dos obesos são bem sucedidos em alcançar e manter a perda de peso aponta para a necessidade de mais investigação nesta área. É importante considerar os antecedentes associados à aderência no desenvolvimento de estratégias destinadas a promover e manter a perda de peso em longo prazo (SHAY, 2008).

3.3 Comportamento Alimentar

O comportamento alimentar de um indivíduo inclui suas práticas de alimentação e a forma como ele seleciona, adquire, conserva e prepara os alimentos (TURANO & ALMEIDA, 1999; GARCIA & CANESQUI, 2005). De acordo com

Poulain (2004), o ato alimentar se desenvolve segundo regras definidas pela sociedade. Essas regras estão presentes desde a maneira de preparar os alimentos até o consumo das refeições, contribuindo para que o homem se identifique com o alimento, também por sua representação simbólica (JOMORI, PROENÇA & CALVO, 2008).

A alimentação marca as fronteiras de identidade entre os grupos humanos. A definição dos alimentos que irão compor a refeição, a jornada alimentar (número de refeições, horários, contextos sociais), as modalidades de consumo (comer com talheres ou com a mão), o local das refeições e localização dos comensais à mesa variam de uma cultura para outra e no interior de uma mesma cultura, de acordo com os grupos sociais (POULAIN, 2004). Segundo Garcia & Canesqui (2005), “para serem comidos, os alimentos precisam ser elegíveis, preferidos, selecionados e preparados ou processados pela culinária, e tudo isso é matéria cultural”.

Dentro de uma perspectiva mais ampla, os hábitos alimentares são adquiridos em função de aspectos culturais, históricos, antropológicos, socioeconômicos e psicológicos, presentes no ambiente das pessoas (ASSIS & NAHAS, 1999; GARCIA & CANESQUI, 2005). Para melhor entender o comportamento alimentar deve-se levar em consideração a inter-relação de fatores externos e internos que influenciam esse comportamento. Assim, temos a unidade familiar e suas características, as atitudes dos pais e amigos, os valores sociais e culturais (tabus, crenças e manias alimentares), o conhecimento de nutrição, a influência da mídia, os valores e experiências pessoais, as necessidades e características psicológicas, a imagem corporal, as preferências alimentares e o estado de saúde. A inter-relação destes fatores é que permite ao homem refletir sobre o que vai comer (JOMORI, PROENÇA & CALVO, 2008).

Os hábitos alimentares têm suas bases na infância e são transmitidos pela família (TURANO & ALMEIDA, 1999; GARCIA & CANESQUI, 2005). A seleção de alimentos é parte de um sistema comportamental complexo. Na criança, é determinada primeiramente pelos pais (SAVAGE, FISHER & BIRCH, 2007). As experiências iniciais e a interação contínua com o alimento determinam as preferências alimentares e os hábitos. Outras influências incluem o preço do alimento e seu *status*, influências sociais, preparação e estocagem do alimento,

disponibilidade de tempo e conveniência, bem como as preferências e intolerâncias pessoais. Citam-se também os fatores afetivos, envolvendo atitudes, crenças e valores (ASSIS & NAHAS, 1999).

As mudanças biológicas, psicológicas, cognitivas e sociais que ocorrem com intensidade na adolescência interferem de forma dinâmica no comportamento alimentar do adolescente. É importante ressaltar que muitas vezes os adolescentes têm conhecimentos adequados sobre nutrição e sobre as atitudes saudáveis nesse campo, mas têm dificuldade de ultrapassar as barreiras que os impedem de agir como deveriam (TRICHES & GIUGLIANI, 2005). Existe ainda a associação inconsciente entre estar com os amigos e consumir comidas ricas em calorias e gorduras. Por outro lado, as atividades rotineiras (como estar em casa, estar com os pais) estão associadas aos alimentos considerados saudáveis (SAITO & SILVA, 2001).

A escolha alimentar é um processo dinâmico, construído por diversos determinantes (JOMORI, PROENÇA & CALVO, 2008). O comportamento alimentar pode alterar-se devido a mudanças na disponibilidade de alimentos, no nível educacional do indivíduo, no poder aquisitivo ou na importância social do alimento. Essas mudanças podem também ser influenciadas pela propaganda de alimentos. (TURANO & ALMEIDA, 1999).

O peso e a imagem corporal do indivíduo são fatores nutricionais que também provocam mudanças no comportamento alimentar, uma vez que tanto o excesso de peso como a insatisfação corporal pode motivar a realização de restrições alimentares (TORAL & SLATER, 2007). O conhecimento básico sobre nutrição exerce influência considerável sobre o comportamento alimentar. Porém, de acordo com Turano & Almeida (1999), mudanças neste comportamento se dão mais pelo significado do alimento (*status*, auto-estima, segurança) que pelo valor nutricional e custo.

O ambiente tem sido considerado como uma grande influência no comportamento alimentar, principalmente em estudos epidemiológicos sobre a obesidade. Na literatura, observa-se a utilização do termo obesogênico na descrição do ambiente promotor da obesidade, que facilita o acesso amplo a alimentos de alta densidade energética (WHO, 2003a; FISBERG, 2005).

A alimentação também precisa se adaptar ao ritmo cotidiano dos indivíduos e famílias, com suas alternâncias de tempo de trabalho e disponibilidade para o preparo e consumo das refeições (POULAIN, 2004). Em decorrência de novas demandas geradas pelo modo de vida urbano, o indivíduo necessita reorganizar sua vida segundo suas condições de tempo, recursos financeiros, locais disponíveis para se alimentar, local e periodicidade das compras e outros fatores. Neste momento aparecem as soluções propostas pela indústria e comércio, apresentando alternativas adaptadas às condições urbanas, o que certamente contribui para mudanças no consumo alimentar (GARCIA & CANESQUI, 2005).

Segundo Garcia (2003), a chamada comensalidade contemporânea apresenta como características a escassez de tempo para o preparo e consumo de alimentos, a presença de variados produtos industrializados, o deslocamento das refeições de casa para estabelecimentos comerciais (restaurantes, lanchonetes, vendedores ambulantes, padarias) a oferta de produtos provenientes de várias partes do mundo, a flexibilização de horários para comer e a crescente individualização dos rituais alimentares. Para esta autora, a tendência crescente para o consumo de alimentos de maior valor calórico é promovida pela indústria de alimentos, que produz alimentos saborosos, de alta densidade energética e de custo relativamente baixo, com um grande suporte publicitário.

A evolução do consumo alimentar no Brasil pode ser observada nas pesquisas: Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF), Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 1987/88 e POF 1995/1996. Ao comparar estas pesquisas, nota-se a presença de novos produtos industrializados de peso na dieta brasileira, como refrigerantes, macarrão, bolacha doce e salgada, leite condensado, margarina, salsicha, leite em pó, maionese, chocolate e pão de forma. A POF de 1995-1996 demonstrou uma redução no consumo de arroz, feijão e leite de vaca. Os panificados (pão francês, biscoitos e outros) e os alimentos preparados ou semiprontos aumentaram seu peso no orçamento familiar. A opção por facilidades que poupam tempo de preparo e diminuem a frequência das compras é característica do comedor¹ urbano contemporâneo (GARCIA, 2003).

¹ A palavra comedor, segundo nota de tradução do livro Sociologias da Alimentação (POULAIN, 2004 p.22), em uma tradução literal da língua francesa da palavra *mangeur*, significa o ser que come, adotado pela sociologia da alimentação atual no sentido de distinguir do termo comensal, que significa o ser que come com outras pessoas à mesa.

Para Garcia & Canesqui (2005), "O modo de alimentar sempre ultrapassa o ato de comer em si e se articula com outras dimensões sociais e com a identidade". Uma vez que a alimentação é moldada pela cultura e sofre os efeitos da organização da sociedade, sua abordagem não comporta um olhar unilateral. A interação existente entre as dimensões cognitivas e emocionais que estão envolvidas neste comportamento torna-se, portanto, evidente (TORAL & SLATER, 2007).

O estudo do comportamento alimentar tem despertado grande interesse por se tratar de um elemento importante para o sucesso de intervenções nutricionais e pela possibilidade de aumentar a efetividade destas intervenções. Uma vez que todos estes fatores citados interferem na alimentação dos indivíduos, a problemática de vida do paciente precisa ser conhecida e compreendida pelos profissionais que o atendem (BOOG, 1997; BOOG, 2008). Acredita-se que o impacto de uma ação de promoção de práticas alimentares saudáveis aumenta à medida que se conhecem melhor os determinantes do comportamento alimentar (TORAL & SLATER, 2007).

Desta forma é necessário questionar até que ponto é possível propor uma orientação alimentar que recomende suprimir alimentos ou preparações que são parte de práticas alimentares estruturadas. As propostas de mudanças no padrão alimentar precisam fornecer alternativas de substituição que considerem os aspectos econômicos e socioculturais e permitam manter o universo alimentar dos indivíduos. Para Garcia & Canesqui (2005), "é somente buscando oferecer alternativas dentro de recursos disponíveis, e preservando as características da vida habitual definidas pelo sujeito, que supomos poder chegar mais perto de mudanças desejáveis na alimentação".

3.4 A Educação em Saúde e a Educação Nutricional

A educação é um processo de mudança que ocorre, no mínimo, entre duas pessoas: educando e educador (TURANO & ALMEIDA, 1999). Desta forma a educação não é um ato de doação de conhecimento, mas uma troca com o educando (FREIRE, 2003). A relação vertical, onde o educador é superior ao educando deve dar lugar à relação dialógica.

Para Paulo Freire (2003), "não há docência sem discência" e educador não é aquele que apenas educa, mas o que, "enquanto educa, é educado, em

diálogo com o educando, que ao ser educado, também educa”. O saber construído dessa forma percebe a necessidade de transformar o mundo, porque assim os homens se descobrem como seres históricos. Sem respeitar a identidade do educando, sem levar em conta as experiências vividas pelo educando, o educador não terá êxito na sua tarefa, e o processo será inoperante, sem significação real (FREIRE, 2003).

Os educadores progressistas colocam maior ênfase na aprendizagem do que no ensino. Apesar de serem conceitos ligados, o ensino refere-se à instrução, orientação e transmissão de conhecimentos, que colocam o professor como elemento principal do processo. Mas na aprendizagem surgem conceitos como descoberta, apreensão, modificação do comportamento e aquisição de conhecimentos, que se referem diretamente ao aluno. À medida que maior ênfase é colocada sobre a aprendizagem, o papel do professor passa a ser o de ajudar o aluno a aprender (GIL, 2005).

A educação em saúde tem por objetivo capacitar indivíduos e grupos para lidar com os problemas fundamentais do cotidiano, como nutrição, higiene e reprodução (TURANO & ALMEIDA, 1999). Se entendida como processo, busca a capacitação dos indivíduos para agir conscientemente, mas com aproveitamento de experiências anteriores, formais e informais, tendo sempre em vista a integração, continuidade, democratização do conhecimento e o progresso no âmbito social. (LIMA et al, 2000). Para os profissionais de saúde sua finalidade é ajudar as pessoas a descobrirem os princípios, padrões e valores que melhor se adaptem às suas próprias necessidades, visando à qualidade de vida individual e coletiva (LINDEN, 2005).

A relação entre alimentação e qualidade de vida tem sido intensamente comprovada e discutida na literatura. A educação nutricional torna-se assim uma parte essencial da educação para a saúde, uma vez que é fato incontestável a importância da alimentação saudável para a promoção da saúde (TURANO & ALMEIDA, 1999, BOOG, 1999).

Dentro desta perspectiva a educação em saúde, e em particular a educação nutricional, caminham na direção em que o profissional de saúde deixa seu modo tradicional de educar, para ocupar um papel de facilitador do processo de aprendizagem, dentro de um conceito de promoção da saúde (LIMA et al, 2000).

A história da educação nutricional no Brasil tem um estreito vínculo com as políticas de alimentação e nutrição vigentes. Tradicionalmente o objetivo das propostas educativas em nutrição era subsidiar os indivíduos com informações adequadas sobre alimentos e prevenção de problemas nutricionais, sem fornecer auxílio na tomada de decisões. Foi a partir da década de 80 que os conceitos da educação nutricional crítica trouxeram importante contribuição para a discussão sobre novas perspectivas da educação nutricional. Tal concepção identificava haver uma incapacidade da educação alimentar e nutricional em promover alterações em práticas alimentares. A educação nutricional crítica baseava-se nos princípios da pedagogia crítica dos conteúdos, de orientação marxista, considerando que a educação nutricional não é neutra, como também não pode seguir uma metodologia prefixada (BOOG, 1997).

O Brasil apresenta hoje uma situação nutricional caracterizada por dois pólos opostos: em um extremo a fome e em outro os excessos alimentares, mesmo nas camadas de menor renda. A importância da educação nutricional ressurge timidamente, mas as ações desenvolvem-se sobre este panorama de contradições. Além disso, as ações educativas nos serviços públicos de saúde que buscam atender as propostas amplas voltadas à promoção da saúde, com prioridade para as atividades preventivas, contrastam com a realidade dos serviços, onde o cidadão busca prioritariamente tratamento para as doenças (BOOG, 1999).

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) aprovada em 1999 destaca que “atenção especial deve ser dada ao desenvolvimento do processo educativo permanente acerca das questões atinentes à alimentação e à nutrição, bem como à promoção de campanhas de comunicação social sistemáticas” (BRASIL, 2003). Mas a PNAN não traz a questão da capacitação em educação, em abordagens educativas apropriadas, apenas em conteúdos técnicos de alimentação e nutrição. Assim, pode-se afirmar que para o governo a centralidade das práticas educativas ainda está na transmissão de mensagens coerentes e claras, utilizando os recursos tecnológicos de comunicação, garantindo o direito ao acesso à informação. As habilidades e competências requeridas são mais de comunicadores do que de educadores, pois os profissionais são vistos como veiculadores de informações, mais do que como sujeitos das ações educativas na promoção das práticas alimentares saudáveis (SANTOS, 2005).

Vários são os inconvenientes apresentados por uma abordagem educativa convencional, fundamentada apenas na transmissão de informações. Este enfoque não é efetivo porque leva o educando a assumir uma atitude passiva no processo de ensino-aprendizagem. Tem-se observado que essa abordagem é insuficiente para motivar mudanças mais significativas das práticas de saúde, por não problematizar estas questões considerando a dimensão integral do educando. Dessa forma, não basta possuir o conhecimento, é preciso levá-lo ao nível da análise crítica do próprio hábito e das próprias representações relativas ao ato da alimentação.

A educação nutricional deve voltar-se para a formação de valores, para o prazer, para a responsabilidade, mas também para o lúdico e a liberdade. As abordagens interdisciplinares surgem como opções que podem oferecer caminhos alternativos para esta prática (BOOG, 2008). É importante reconhecer que “educar não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades para sua produção ou sua construção” (FREIRE, 1996).

Educação nutricional na adolescência

A educação nutricional tem um papel importante em relação à promoção de hábitos alimentares saudáveis desde a infância. É uma medida de alcance coletivo que objetiva proporcionar os conhecimentos necessários e a motivação para formar atitudes e hábitos de alimentação saudável, adequada e variada (RODRIGUES & BOOG, 2006).

Na adolescência o desenvolvimento cognitivo já se caracteriza pela independência dos dados materiais e concretos para que generalizações e abstrações sejam feitas. Entretanto, esta capacidade somente se estabelece se as etapas anteriores do desenvolvimento cognitivo tiverem sido alcançadas. Ou seja, que o indivíduo tenha tido experiências e oportunidades sociais capazes de promover os estímulos necessários (SAITO & SILVA, 2001).

Atividades de reflexão sobre a realidade alimentar e os fatores externos que influenciam as escolhas alimentares podem ser desenvolvidas com grupos de adolescentes (RODRIGUES & BOOG, 2006). A utilização de atividades que envolvam experiências artísticas tais como teatro, música, dança e artes plásticas são bem aceitas.

A educação nutricional pode promover o desenvolvimento da capacidade de compreender práticas e comportamentos. Os conhecimentos ou as aptidões

resultantes desse processo contribuem para a integração do adolescente com o meio social, proporcionando ao indivíduo condições para que possa tomar decisões para resolução de problemas mediante fatos percebidos (RODRIGUES & BOOG, 2006).

3.5 Aconselhamento Nutricional

Várias estratégias de educação nutricional têm sido descritas na literatura, mas motivar uma população para a mudança desejável do padrão alimentar ainda é um grande desafio para a saúde pública (TORAL & SLATER, 2007). Uma estratégia de educação nutricional que vem ganhando espaço entre os profissionais de saúde é o aconselhamento nutricional, o qual se caracteriza por ser centralizado no cliente e não nas informações. Para isso é importante um tempo maior, uma atitude de escuta e uma abordagem que contenha as características descritas no quadro 1:

Quadro 1 - Estilos de Aconselhamento Nutricional

Tradicional	Moderno
Baseado no conteúdo	Baseado no processo
Direcionado ao objetivo. Orientado estritamente à dieta.	Direcionado ao relacionamento. Explora assuntos pessoais.
Trabalha com comportamentos.	Trabalha com pensamentos, sentimentos e comportamentos.
Fornecer lista de “permitidos” ou “proibidos”, “faça” e “não faça”.	Encoraja escolhas entre as opções.
Tempo limitado para treinar e acompanhar o desempenho.	Dá motivação e faz elogios.
Relacionamento limitado entre o conselheiro e o cliente.	O conselheiro e o cliente desenvolvem um relacionamento mais próximo.
O educador é autoritário.	O conselheiro e o cliente são parceiros.
O cliente é dependente.	Promove a independência do cliente.
O acompanhamento é limitado.	O acompanhamento é aberto, mais longo.
Menos oportunidade para medir a aderência.	Pode medir aderência e fazer ajustes.
Sucesso medido objetivamente (conhecimento, mudança de comportamento ou parâmetros de saúde).	Sucesso medido subjetivamente (felicidade, mudança de humor, relacionamentos).
Menor cooperação interdisciplinar.	Enfatiza a abordagem de equipe interdisciplinar.

FONTE: MARTINS, 2001

O aconselhamento nutricional é o processo pelo qual os pacientes (clientes) são efetivamente auxiliados a selecionar e implementar comportamentos desejáveis de nutrição e estilo de vida (MARTINS, 2001; RODRIGUES, SOARES & BOOG, 2005). Então, o resultado desse processo é a mudança de comportamento e não somente a melhora do conhecimento sobre a nutrição.

O aconselhamento nutricional tem sua base estruturada a partir das linhas teóricas da psicologia, sendo fundamentado na aliança terapêutica que caminha em direção à autonomia do paciente. Trata-se de um processo de ajuda, com uma proposta de encorajamento do cliente para relatar seus problemas. Seus pressupostos são a criação de vínculo e o diálogo (RODRIGUES, SOARES & BOOG, 2005). O objetivo é definir problemas, sugerir comportamentos para lidar com estes problemas e facilitar a compreensão e controle (MARTINS, 2001). Para isso o aconselhamento deve abranger informações objetivas que possibilitam uma melhor utilização dos recursos pessoais do paciente (SNEWTSELAAR, 2005).

É importante entender a diferença entre o simples ato de aconselhar e aconselhamento. Aconselhar é dizer à pessoa o que ela deve fazer. Aconselhamento é uma forma de atuação na qual o profissional escuta o cliente, procura compreendê-lo e oferece ajuda a fim de que este cliente se fortaleça para lidar com pressões, aumentando sua autoconfiança e auto-estima (SNEWTSELAAR, 2005).

Conselheiro ou educador nutricional é o profissional de saúde envolvido no processo de compartilhar informações relacionadas à nutrição e aspectos que levam à aderência de um novo comportamento alimentar. O conselheiro é apenas o facilitador das mudanças de comportamento. Ele dá apoio emocional, auxilia na identificação de problemas nutricionais e de estilo de vida, sugere comportamentos a serem modificados e facilita a compreensão e o controle do cliente (MARTINS, 2001).

De uma maneira geral, atualmente há uma percepção dos cidadãos de que é preciso buscar uma alimentação mais saudável para se ter melhor qualidade de vida. No entanto, os conhecimentos gerados pela ciência da nutrição precisam ser traduzidos por profissionais que sabem que o fenômeno da alimentação não é apenas biológico e que o significado dos alimentos na esfera afetiva e social não

pode ser desconsiderado pela Educação Nutricional (BOOG, 1997; RODRIGUES & BOOG, 2005).

O nutricionista é um profissional com fundamentação técnica no campo da nutrição, capaz de traduzir a ciência da nutrição para a linguagem de seu público, orientando o comportamento alimentar dos indivíduos. Onde quer que atue, o nutricionista deverá ser sempre um educador (TURANO & ALMEIDA, 1999). Mas para compreender porque as pessoas, mesmo conhecendo as recomendações gerais, não as colocam na prática, os nutricionistas começaram a se aproximar das ciências humanas e sociais. Mesmo assim, os estudos que tratam das dimensões simbólicas dos alimentos e do corpo ainda circulam pouco entre estes profissionais e são considerados apenas de forma marginal nas orientações dietéticas (TONIAL, 2001).

A contribuição das ciências sociais para o entendimento de comportamentos ligados à saúde e doença, tem sido considerada cada vez mais essencial para o desenvolvimento apropriado de ações de prevenção e tratamento (BOOG, 2005). Para modificar comportamentos é necessário primeiro que se entenda o contexto em que eles ocorrem e os significados atribuídos a eles. Enquanto um pouco do contexto e significados associados a um comportamento são pessoais, uma grande parcela destes é construída socialmente e culturalmente (GARCIA & CANESQUI, 2005; BOOG, 2008).

O sucesso do aconselhamento nutricional dependerá da atenção e da abertura do profissional para compreender e trabalhar a partir da experiência de seu cliente, buscando ajudá-lo a ver como tal intervenção responde às exigências originais que ele traz (SOLYMO, 2006). É importante que o nutricionista seja sensível para perceber a necessidade que o paciente tem de ser encorajado. É preciso desenvolver habilidades, encontrar estratégias para compreender e poder ajudar o paciente conscientizando-o a mudar os hábitos alimentares não só para tratar uma doença, mas também, para prevenir doenças crônicas, mantendo estilo de vida saudável (ASSIS & NAHAS, 1999).

A comunicação não-verbal é muito importante e o profissional precisa ter sensibilidade no momento da abordagem, saber ouvir atentamente, escutar as queixas do paciente, ter disposição para o diálogo, aprender a formar vínculos, usar respostas e gestos que demonstrem interesse, mostrar empatia e evitar palavras

que impliquem julgamento (ASSIS & NAHAS, 1999; RODRIGUES, SOARES & BOOG, 2005).

A interação entre o cliente e o conselheiro é fundamental para se alcançar bons resultados. O conselheiro nutricional deve dar poder ao cliente. Dar poder é aumentar a capacidade de definir, analisar e agir sobre seus próprios problemas de alimentação. Dar poder enfatiza a responsabilidade do cliente na causa do problema e a sua responsabilidade de adquirir competência para resolvê-lo (MARTINS, 2001). Possuir poder não é meramente comportamental, mas é também cognitivo. O conselheiro nutricional deve ajudar seu cliente a desenvolver novas maneiras de pensar, identificar mais claramente onde ele está, onde quer estar e o que precisa aprender para chegar lá (MARTINS, 2001).

A mudança desejada de um comportamento deve ser específica às necessidades e a situação de cada indivíduo. O paciente deve reconhecer que existe o problema e desenvolver o desejo de mudá-lo. Sem esse desejo interno de cada indivíduo, todo o trabalho de educação é inútil (MARTINS, 2001).

Fornecer informações corretas sobre as recomendações dietéticas é importante para a mudança de comportamento alimentar. O conhecimento contribui para sustentar ou desenvolver novas atitudes, sendo o componente racional necessário para motivar uma ação desejada (TORAL & SLATER, 2007). Boog (2004), afirma que as “atitudes são formadas por conhecimentos, crenças, valores e predisposições pessoais e sua modificação demanda reflexão, tempo e orientação competente”. Mas fornecer informações e materiais educativos não conduz necessariamente a mudanças de comportamento. O principal é aprender a atender o cliente e seus problemas, a ponto de conhecer os obstáculos que ele enfrenta quando tenta alcançar seus objetivos no plano alimentar (MARTINS, 2001).

Fatores que podem contribuir para um aconselhamento nutricional efetivo

Vários fatores podem interferir no sucesso do aconselhamento nutricional. A literatura descreve como itens associados significativamente às mudanças positivas nas práticas de alimentação o conhecimento correto sobre a recomendação de consumo, a menor percepção de barreiras para modificar o consumo, as atitudes mais positivas frente à alimentação e o maior suporte social. Outro fator psicológico que tem influência nestas mudanças é a auto-eficácia do

indivíduo, ou seja, a confiança que ele tem em si mesmo com relação à sua habilidade de fazer escolhas saudáveis (TORAL & SLATER, 2007).

O treinamento profissional para aquisição de habilidades técnicas que motivem os indivíduos no sentido desejado é um ponto importante nos programas de intervenção nutricional (TORAL & SLATER, 2007). Os indivíduos são motivados a mudar através de sua capacidade de lidar com seu comportamento. Para isto necessitam de um ambiente no qual um sistema de suporte os ajude a enfrentar demandas sociais e pessoais de forma efetiva (SNEWTSELAAR, 2005).

Na adolescência a falta de motivação está quase sempre presente, pois estes raramente procuram o tratamento de forma consensual ou por iniciativa própria (ANDRETA & OLIVEIRA, 2005). Um ponto importante a ser considerado no tratamento do adolescente é a necessidade do foco no presente, no momento atual. O futuro não é uma variável considerada na vida do adolescente e por isso as estratégias que apontam para os prejuízos futuros não têm muito impacto nesta faixa etária (ANDRETA & OLIVEIRA, 2005).

O envolvimento da família no processo é um fator que pode possibilitar uma evolução mais rápida do tratamento. A presença da família em palestras e treinamentos de manejo tem se mostrado útil nestas ocasiões (ANDRETA & OLIVEIRA, 2005). A família pode ajudar a criar uma estrutura de colaboração, que facilite as mudanças.

Ênfase especial deve ser dada ao desenvolvimento de habilidades de comunicação como perguntar e ouvir empaticamente, elogiar condutas adequadas, aconselhar em uma linguagem compreensível e checar sempre se o cliente compreendeu a recomendação recebida (MARTINS, 2001). O profissional de saúde precisa ser visto como parceiro e não como uma figura de autoridade, o que poderia gerar animosidade, principalmente na adolescência (ANDRETA & OLIVEIRA, 2005). Quando o conselheiro tem competência e habilidade, valoriza e respeita a autonomia do cliente, podendo transformar o conteúdo técnico em interação de ajuda. Não é a dieta, mas as estratégias para solucionar os problemas alimentares que irão possibilitar a adesão do paciente ao tratamento (ASSIS & NAHAS, 1999).

O ambiente em que o paciente é atendido também pode interferir na adesão. Um local bonito, bem arejado, equipado, aconchegante, revela ao cliente que ele é valorizado, pois o local foi preparado para recebê-lo e ajudá-lo. Porém se

em todo este ambiente não houver um profissional comprometido e constante, a credibilidade no tratamento poderá ser comprometida (ASSIS & NAHAS, 1999; RODRIGUES, SOARES & BOOG, 2005).

Outro ponto a ser considerado no aconselhamento de adolescentes é a não confrontação e manutenção da liberdade de escolha (ANDRETA & OLIVEIRA, 2005). O adolescente precisa sentir-se respeitado e com autonomia. Não se pode esquecer também da valorização do grupo de pares nesta etapa da vida e muitas vezes é preciso reforçar a modificação das relações interpessoais a fim de diminuir a força do grupo de iguais (ANDRETA & OLIVEIRA, 2005).

É importante proporcionar uma individualização do tratamento, pois a mudança comportamental duradoura é resultado de um processo profundo do indivíduo como um todo, que inclui sentimentos, emoções e idéias preconcebidas. A identificação destes aspectos é indispensável para uma compreensão mais clara do que realmente está acontecendo com o paciente (ASSIS & NAHAS, 1999).

A orientação para mudanças no hábito alimentar pressupõe habilidades específicas, não devendo ser pontual e nem deslocada dos aspectos emocionais, sociais e culturais. O alimento faz parte da vida, das relações sociais e familiares e sua prescrição demanda sensibilidade e preparo (BOOG, 1997; RODRIGUES, SOARES & BOOG, 2005). Qualquer que seja a prescrição alimentar, ela será reintegrada nas práticas alimentares e reinterpretada para partilhar um sistema de valores, sofrendo, portanto, modificações. Outro aspecto diz respeito ao patrimônio cultural alimentar, que é o cenário das intervenções nutricionais. Quando se tenta impor a adoção de um outro modelo de dieta ou mesmo recomendações pontuais de inclusão e exclusão de alimentos, negligencia-se a cultura alimentar receptora por não se levar em consideração o impacto e a forma como essas mudanças propostas serão absorvidas pelo universo alimentar dos pacientes (MARTINS, 2001).

Apesar do paciente ser o maior responsável pela modificação do seu comportamento alimentar, ele poderá ser auxiliado pelo profissional no desenvolvimento do seu propósito. Para evitar a recaída, deve ser feito com o paciente uma revisão das informações dadas, para que todas as dúvidas sejam resolvidas. Com o conhecimento dos hábitos e costumes do paciente, o profissional terá maior condição de ajudar nas mudanças de comportamento alimentar. O paciente necessitará de suporte para atingir o autocontrole. As vantagens que ele

obterá com o emagrecimento deverão ser sempre discutidas com ele (ASSIS & NAHAS, 1999).

A existência de fatores externos limitantes, como a disponibilidade de alimentos, precisa também ser considerada, e as possibilidades de substituição devem ser orientadas (SOLYMOS, 2006). É necessário considerar sempre que qualquer mudança na dieta implica profundas alterações nas práticas alimentares e conseqüentemente redimensionamento da rotina doméstica, da vida social e do ritmo de vida. Assim, a mudança alimentar demanda uma reorganização da alimentação no *modus vivendi*, que só é possível se também forem alteradas as condições de vida.

Alguns fatores são citados na literatura, como sendo relacionados à baixa adesão às orientações. Assim, quanto mais informações recebidas ao mesmo tempo e quanto maior o número de mudanças recomendadas, menor a adesão. Clientes que moram sozinhos também parecem possuir níveis mais baixos de adesão às orientações nutricionais. A falta de apoio familiar e irregularidade na rotina (quanto mais irregular o estilo de vida do cliente menor a adesão) também dificultam as mudanças alimentares. Para que o aconselhamento nutricional seja efetivo é necessário construir um sistema social, incluindo os seus familiares ou outros envolvidos diretamente com o paciente (MARTINS, 2001).

É preciso integrar os diversos modelos de abordagem nutricional para que possam ser aplicados num contexto e obter resultados satisfatórios (ASSIS & NAHAS, 1999). O atendimento nutricional é mais do que fornecer informação, já disponível em livros, revistas e reportagens de jornais ou televisão. Surge então a necessidade do profissional adquirir um conhecimento mais apurado. Ele deve saber como solucionar os problemas por meio de uma interação entre profissional assistente e indivíduo assistido, para que esses fatores passem a agir positivamente sobre a sua conduta nutricional (RODRIGUES, SOARES & BOOG, 2005).

A fim de se obter um aconselhamento adequado, Martins (2001) cita alguns cuidados que devem ser observados, tais como proporcionar um ambiente de segurança e confiança, desenvolver um relacionamento construtivo, ouvir o cliente atentamente, usar métodos e materiais educativos apropriados, conectar as informações com a experiência e a realidade do cliente, dar sugestões de mudanças gradativas, promover a responsabilidade do cliente e reconhecer suas realizações.

Aconselhamento nutricional em grupos

A intervenção nutricional tem como objetivo a prevenção de doenças, a proteção e a promoção de uma vida mais saudável, conduzindo ao bem-estar geral de um indivíduo (LINDEN, 2005). Para isto, um dos papéis da educação nutricional está vinculado à produção de informações que sirvam como subsídios para auxiliar a tomada de decisões dos indivíduos, ampliando o seu poder de escolha e decisão (TURANO & ALMEIDA, 1999).

Todos os pacientes precisam de ajuda para modificar a dieta, os hábitos alimentares e a atividade física e tendem a conseguir melhores resultados quando são atendidos freqüentemente, como em programas de grupos de modificação do comportamento. Em grupo, os pacientes trabalham seus problemas nutricionais, abordando suas diferentes expectativas, comportamentos e necessidades psicológicas, além de serem encorajados a iniciar e manter as mudanças no estilo de vida.

A educação nutricional requer estratégias que possibilitem o desenvolvimento de novas percepções dos participantes com relação aos alimentos. Quando é realizada em grupo a educação nutricional pode ajudar a mudar comportamentos cristalizados e favorecer o compartilhamento de experiências (RODRIGUES & BOOG, 2005).

Um grupo pode ser definido como um conjunto de pessoas com objetivos ou ideais em comum, que se reconhecem ligadas por estes objetivos. Nas diversas abordagens teóricas do grupo, alguns elementos são básicos, como a demanda, as motivações, a interação, a cooperação, a liderança, a organização e a construção de uma identidade (AFONSO, 2006).

A principal função do coordenador de grupo é mediar a realização dos objetivos, tendo assim um papel ativo, mas não intrusivo. O coordenador tem um papel importante de acolhimento e incentivo para a busca da identidade do grupo e deve atuar como dinamizador dos processos de aprendizagem e relacionais deste grupo. Mas é preciso enfatizar que as reuniões do grupo não devem ser aulas, embora haja uma dimensão educativa no processo. O trabalho com grupos na área de saúde procura provocar processos de decisão em relação às questões de saúde, incentivando o autocuidado, a adesão ao tratamento e a busca pela qualidade de vida (AFONSO, 2006).

Na área da saúde, diversas modalidades de grupo podem ser utilizadas. Assim, há o grupo focal, o grupo sócio-educativo, o grupo operativo, o grupo de terapia e o grupo de apoio. As fronteiras entre estes diversos modelos não são rígidas e esta classificação é estabelecida em função dos objetivos, dimensão educativa ou clínica, relação com o coordenador e autonomia do grupo (AFONSO, 2006).

Os grupos de apoio consistem em grupos de composição homogênea, em que a ênfase maior é no apoio ao enfrentamento de uma situação específica, mediante a troca de experiências entre os participantes. O profissional de saúde usa as semelhanças entre os membros do grupo para promover a coesão e o senso de universalidade. Desta forma os indivíduos não se sentem únicos no seu problema e percebem que podem apoiar-se nos seus pares (MIRANDA & ALMEIDA, 1999).

Esta modalidade de trabalho busca propiciar um ambiente de motivação para o tratamento pelo compartilhar de dificuldades, pela busca de alternativas para superá-las, pelo respeito às diferenças e pelo reforço da auto estima. Trata-se, portanto, de um trabalho que une apoio e aprendizagem (SILVEIRA & RIBEIRO, 2005).

Para alcançar seus objetivos, esta proposta de grupo cria um campo atravessado por conceitos que se articulam e se complementam e são oriundos da psicologia, da pedagogia, do princípio da integralidade, dos princípios de dinâmica de grupos, do aconselhamento e da proposta de ensino-aprendizagem de Paulo Freire. Estes conceitos e princípios são os pilares que sustentam a ação, baseada no diálogo e no suporte (SILVEIRA & RIBEIRO, 2005).

Técnicas e dinâmicas podem ser usadas para facilitar o alcance das metas do grupo e devem ser fundamentadas em teorias sobre o trabalho com grupos, utilizando a criatividade e o lúdico. É importante ressaltar que tais técnicas devem ter a finalidade de aumentar o conhecimento e a consciência, mas não devem ser o ponto principal do trabalho, ou seja, devem ser consideradas como um meio e não um fim (MIRANDA & ALMEIDA, 1999). O lúdico é um recurso importante neste trabalho, mas não se deve abusar dele (AFONSO, 2006).

O uso de técnicas nos processos de educação em grupos visa proporcionar momentos educativos que possibilitem ao grupo vivenciar situações inovadoras em todos os níveis. Ao se confrontar comportamentos, hábitos, valores e

conhecimentos, espera-se que os participantes sejam levados a uma avaliação e reelaboração individual evolutiva, podendo potencializar o grupo no aprimoramento da subjetividade e no próprio processo de educação e construção do conhecimento e da prática social (MIRANDA & ALMEIDA, 1999). O uso de técnicas favorece a sensibilização, a expressão e a comunicação das experiências, através de uma estratégia simples: permite reorganizar a maneira de narrá-las (AFONSO, 2006).

O trabalho com grupos têm sido muito utilizado para indivíduos com doenças crônicas. Essa forma de abordagem age não só pelo efeito informativo, mas também pelo efeito motivacional (MIRANDA & ALMEIDA, 1999). A dinâmica de grupos é um trabalho solidário, um local seguro e um suporte para reorganização de novos conhecimentos e do estilo de vida (AFONSO, 2006).

3.6 Modelo de Estágios de Mudança do Comportamento

A utilização e integração de modelos teóricos no planejamento das ações de intervenção nutricional vem sendo muito discutida atualmente. Teoria é um conjunto de conceitos e proposições que apresentam a visão de um determinado evento, procurando explicá-lo. As teorias são ferramentas que podem auxiliar na compreensão de diversos comportamentos de saúde e sugerir meios de alcançar mudanças nos mesmos (TORAL & SLATER, 2007).

Devido à complexidade dos comportamentos de saúde, vários autores acreditam que dificilmente uma única teoria seja suficiente para explicá-los. Por isso, são utilizados modelos teóricos, que correspondem a um conjunto de teorias que facilitam o entendimento de um problema específico em um contexto particular (TORAL & SLATER, 2007). A literatura científica traz um grande número de teorias e modelos teóricos que envolvem comportamentos de saúde, entre os quais se destaca a utilização do Modelo Transteórico ou Modelo dos Estágios de Mudança (MARTINS, 2001).

É importante considerar que as populações alvo das intervenções de educação em saúde apresentam uma mistura heterogênea de pessoas com diferentes graus de prontidão para adotar comportamentos específicos. O Modelo Transteórico pode ser útil por permitir tanto a identificação do estágio ou prontidão de mudança como para promover a mudança de comportamento desejada a partir

do estágio em que o indivíduo se encontra, empregando intervenções específicas para cada estágio.

O Modelo Transteórico de mudança de comportamento oferece uma abordagem relativamente nova para analisar como e porque as pessoas mudam seus comportamentos. Ele foi desenvolvido por James Prochaska e colaboradores e propõe que a mudança comportamental consiste num processo de cinco fases seqüenciais (PROCHASKA & DI CLEMENT, 1983). O modelo foi utilizado inicialmente para desenvolver programas de mudança de comportamentos de saúde, incluindo parar de fumar e superação do álcool e drogas. Mais recentemente este modelo começou a ser usado no desenho de intervenções relacionadas ao consumo de dietas saudáveis (PROCHASKA et al., 1994).

A premissa deste modelo de mudança é que o comportamento é um processo e não um evento e que os indivíduos encontram-se em vários graus de motivação para as mudanças (MARTINS, 2001). Assim, os indivíduos apresentam características específicas que permitem classificá-los em uma série de cinco estágios diferentes. No primeiro estágio (pré-contemplação), o indivíduo não reconhece ter um comportamento inadequado e não apresenta intenção de mudar o comportamento de risco. No segundo estágio (contemplação) o indivíduo reconhece que tem um problema, começa a considerar uma possibilidade de mudança no futuro e vivencia uma fase de ambivalência entre as dificuldades e os benefícios desta mudança. No terceiro estágio (preparação) a pessoa está preparada para mudar, mas tem dificuldades em saber o que fazer e deseja receber ajuda. No quarto estágio (ação) o sujeito manifesta seu compromisso de mudança e coloca as estratégias em prática. No quinto estágio (manutenção) o indivíduo incorporou as mudanças desejadas por mais de 6 meses e trabalha para consolidar as mudanças (KRISTAL et al, 1999).

Este modelo propõe que há uma intervenção adequada para cada estágio no qual o indivíduo se encontre (KRISTAL et al, 1999). Pessoas em diferentes estágios do processo podem se beneficiar de diferentes estratégias de intervenção (MARTINS, 2001). O quadro 2 fornece uma visão geral dos estágios de mudança e das estratégias específicas para cada estágio.

Quadro 2: Estratégias de intervenção para pacientes de acordo com diferentes estágios de mudança de comportamento

Características do Paciente	Intervenção Nutricional
Pré-contemplação	
<p>Não reconhece que tem um problema Não se considera precisando de ajuda Mantém posturas defensivas Sem disposição para efetuar mudanças no comportamento</p>	<p>Estabelecer vínculo terapêutico e uma relação de confiança Utilizar abordagem empática, com otimismo. Evitar confrontos Explorar o motivo que trouxe o paciente ao serviço Discutir o resultado de tratamentos anteriores (se for o caso) Conscientizar o paciente sobre seu problema e/ou patologia Não recomendar mudanças nem impor ações a serem realizadas Mostrar-se preocupado com o paciente Identificar e reduzir a resistência e barreiras do paciente à mudança Recomendar ao paciente que reflita sobre o tratamento</p>
Contemplação	
<p>Reconhece que tem um problema Pode examinar as implicações das mudanças, mas de forma ambivalente Não conscientiza-se da mudança</p>	<p>Reconhecer a ambivalência Explorar as vantagens e desvantagens da mudança Aplicar o recordatório da dieta habitual Discutir o resultado da anamnese com o paciente Identificar a discrepância entre a ingesta atual e o objetivo desejado Facilitar a auto avaliação e despertar o desejo de mudança</p>

Preparação ou Decisão	
<p>Preparado e disposto para a mudança</p> <p>Deseja receber ajuda</p> <p>Dificuldade de saber o que fazer</p> <p>Pode enfrentar as dificuldades que a mudança implica e renunciar hábitos cultivados</p>	<p>Mostrar uma visão realista do processo de mudança, o qual ocorre através de pequenos passos</p> <p>Definir com o paciente metas realistas</p> <p>Realizar orientações nutricionais</p> <p>Trabalhar junto com o paciente para que ele alcance as metas, dando espaço para a reflexão: "o que posso fazer para melhorar e conseguir seguir as orientações"</p> <p>Trabalhar a auto estima do paciente</p> <p>Avaliar e incentivar o suporte social e familiar</p> <p>Dar espaço às decisões do paciente</p> <p>Comemorar as pequenas mudanças</p>
Ação	
<p>Manifesta seu compromisso de mudança</p> <p>Coloca as estratégias em prática</p> <p>Apresenta grande tensão</p>	<p>Oferecer apoio e atenção</p> <p>Estimular o paciente a assumir o seu papel no processo e realizar atividade física</p> <p>Explorar e corrigir as expectativas com relação ao tratamento</p> <p>Trabalhar dificuldades emocionais (sentimentos que levam a comer) e sociais (festas e reuniões)</p> <p>Estabelecer estratégias para estas situações</p> <p>Demonstrar contínuo interesse e preocupação pessoal</p> <p>Reforçar a importância de permanecer em tratamento</p> <p>Ajudar o paciente a identificar novos reforçadores para as mudanças positivas</p>
Manutenção	
<p>Incorporou as mudanças desejadas por mais de 6 meses</p> <p>Trabalha para consolidar as mudanças</p>	<p>Reforçar as orientações</p> <p>Reforçar positivamente a importância das conquistas obtidas</p> <p>Apreciar explicitamente os esforços do paciente</p> <p>Reforçar a capacidade do paciente em implementar mudanças</p> <p>Discutir a recaída e técnicas de prevenção</p>

Relapso ou Recaída	
Pode ocorrer em qualquer parte desta seqüência	Estimular a volta ao estágio de ação
Pode ou não ser seguido por uma interrupção do processo	Reforçar positivamente a importância da conquista já obtida
Retorno ao comportamento de risco	Manter um contato que ofereça suporte
	Considerar as recaídas como parte do processo de recuperação
	Reavaliar a motivação e as barreiras
	Ajudar o paciente a identificar outras fontes de prazer que não envolvam o alimento

Adaptado de: PROCHASKA et al, 1994; MARTINS, 2001; ZACCARELLI, 2005; SNEWTSELAAR, 2005

Um dos determinantes para que os indivíduos levem em consideração os comportamentos relacionados à saúde é a percepção de que a ação recomendada reduziria a ameaça à sua saúde. Desta forma, reconhecer a necessidade de alteração dos hábitos alimentares é um requisito fundamental para iniciar uma mudança dietética, o que é válido tanto para adultos como para adolescentes (TORAL & SLATER, 2007). Os psicólogos afirmam que a motivação sempre tem origem numa necessidade. Esta é que determina a direção do comportamento para alvos apropriados à sua satisfação (GIL, 2005).

A avaliação do preparo do cliente para fazer as mudanças é um ponto crítico no sucesso do aconselhamento nutricional. De uma maneira geral, os movimentos entre os estágios iniciais (pré-contemplação e contemplação) estão associados com o processamento de informações. Assume-se que o cliente neste momento está ambivalente e necessita ser esclarecido, mas não confrontado. Nos encontros iniciais deve-se levar em conta o ritmo e as necessidades do cliente. Ir direto ao assunto pode criar resistência e o cliente pode preferir falar de preocupações mais gerais. Portanto, o foco de discussão deve ser determinado pelas necessidades do cliente.

À medida que o paciente diminui a resistência, aumentam as perguntas sobre a mudança (o que fazer?) e o cliente começa a falar de como seria se ele mudasse. Nesta fase o principal objetivo passa a ser auxiliar o cliente a confirmar e justificar a decisão de mudança tomada. O papel do terapeuta é de ser um guia e possibilitar um processo de negociação dos objetivos. Uma vez negociado um plano, deve-se auxiliar o cliente nos aspectos práticos deste.

A motivação caracteriza-se como processo dinâmico segundo o Modelo Transteórico (PROCHASKA & DI CLEMENT, 1983). O profissional de saúde deve não só orientar, mas motivar o cliente, aumentando assim a probabilidade de que este siga uma linha de ação que gere mudança.

Algumas estratégias são importantes na aplicação do Modelo de Estágios de Mudança: promover a auto-eficácia, expressar empatia e desenvolver discrepância.

A auto-eficácia é a crença de uma pessoa em sua capacidade de realizar ou de ter êxito em uma tarefa específica. Ela pode ser considerada como elemento-chave na motivação para mudança e bom indicador de resultados de tratamento (MILLER & ROLLNICK, 2001).

Expressar empatia é a capacidade de construção de aliança terapêutica conseguida pela escuta reflexiva e respeitosa e o desejo de compreender as esperanças e os receios do paciente. A aceitação dos limites do paciente facilita a ocorrência para mudança comportamental.

Desenvolver discrepância consiste em ajudar o paciente a conscientizar-se das conseqüências de seu comportamento atual e dos recursos pessoais para reformular seus projetos de vida. Quando os pacientes conscientizam-se que os custos de seu comportamento sobrepõem-se aos benefícios e prazeres do mesmo, ficam mais motivados em modificá-lo.

Apesar das limitações da aplicação do modelo de estágios de mudança do comportamento, sua utilização tem se mostrado satisfatória (TORAL & SLATER, 2007). As intervenções nutricionais mais tradicionais partem da premissa de que os indivíduos estão prontos para a ação, o que tem se mostrado insustentável na maioria das situações.

A aplicação do Modelo Transteórico parece ter um papel promissor em relação à melhor compreensão da mudança de comportamento alimentar, almejada nas intervenções nutricionais. Estratégias que envolvam o direcionamento para cada estágio de mudança de comportamento, identificado segundo essa teoria, podem ser mais eficazes quanto à motivação dos indivíduos a adotar práticas alimentares mais saudáveis (TORAL & SLATER, 2007).

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

A metodologia é o caminho seguido para abordar a realidade e inclui as concepções teóricas, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão desta realidade e o potencial criativo do pesquisador (MINAYO, 2007). O método de pesquisa escolhido para guiar uma investigação deve ser capaz de abranger todos os elementos-chave do processo investigativo. A opção pela metodologia qualitativa ou quantitativa não deve se dar por critérios de exclusão ou por dificuldades quanto ao uso de uma delas. Esta escolha deve ser orientada pelas características do objeto de estudo (TURATO, 2003).

Neste trabalho optou-se pela abordagem qualitativa, considerando-se que o objeto em estudo não pode ser descrito através de abordagens tradicionais, por se constituir de fenômenos subjetivos. No entanto, para caracterizar a população em estudo, utilizou-se instrumentos da pesquisa quantitativa, em especial os recursos da estatística descritiva.

O conjunto de dados quantitativos e qualitativos não se opõe a priori, ao contrário, estes dados podem se complementar na abrangência da realidade. Deste modo, Laville & Dionne (1999) afirmam que "nenhum instrumento é perfeito, mas um pesquisador decide sempre usar mais de um instrumento e aproveitar assim as vantagens de cada um, minimizando alguns de seus inconvenientes".

A pesquisa qualitativa é uma designação ampla que congrega várias correntes de pensamento, as quais têm como denominador comum o enfrentamento ao modelo positivista enquanto padrão único de ciência. Ela aparece como método capaz de promover uma aproximação do pesquisador com o fenômeno estudado, possibilitando uma melhor compreensão da realidade subjetiva (UWE, 2004). Trata-se de uma alternativa de pesquisa que envolve uma abordagem interpretativa (compreensiva) do objeto de estudo, possibilitando incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos e às relações (MINAYO, 2004).

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares e preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Minayo (2007) afirma que: "A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que não podem ser reduzidos à

operacionalização de variáveis". Segundo Trivinos (1994), "os pesquisadores qualitativos estão preocupados com o processo e não simplesmente com o resultado e o produto".

A literatura internacional sobre pesquisa em saúde das duas últimas décadas revela que uma boa parte das investigações diagnósticas e avaliativas de programas de saúde, tem sido feita através de estudos qualitativos (IERVOLINO & PELICIONI, 2001). O uso destes métodos tem sido recomendado aos profissionais de saúde devido a sua experiência na assistência. Em virtude desta vivência tais profissionais já trazem as inerentes atitudes clínica e existencial que permitem levantamentos de dados mais ricos e análises com maior autoridade (TURATO, 2003).

A pesquisa qualitativa não busca estudar o fenômeno em si, mas compreender seu significado para a vida das pessoas que o vivenciam (TRIVINOS, 1994). O significado tem um papel organizador e estruturante nos seres humanos, pois é em função deste significado que as pessoas organizam suas vidas, inclusive seus cuidados de saúde. A compreensão das significações dos fenômenos pode contribuir para melhorar a relação profissional-paciente, aumentar a adesão aos tratamentos e entender idéias e comportamentos de pacientes, familiares e da própria equipe de saúde (TURATO, 2003).

Segundo Boog (2005), os estudos de intervenção e educação nutricional caracterizam bem uma possibilidade de emprego de métodos qualitativos. Para esta autora, nestes casos o referencial teórico se divide entre a linha teórica utilizada para desenhar o programa educativo e o referencial do desenho de pesquisa e das técnicas de coleta de dados utilizados. O referencial teórico que sustenta nossas reflexões foi explorado no capítulo de Revisão da Literatura.

Na etapa de planejamento deste projeto, partiu-se da observação do local de trabalho. A observação é uma forma de fazer contato com o real, de situar o pesquisador e orientar seus questionamentos, tendo assim um papel importante na construção do saber. Laville & Dionne (1999) definem a observação participante como "uma técnica pela qual o pesquisador integra-se e participa na vida de um grupo para compreender-lhe o sentido de dentro".

A observação do processo de trabalho na URSS deu-se durante todo o tempo da pesquisa nesta unidade. Foi a partir destas observações que surgiram as

indagações iniciais e a necessidade de descrever, avaliar e compreender a atenção ao adolescente obeso. No decorrer da pesquisa utilizou-se um caderno de campo para registrar todas as observações feitas.

Este projeto de pesquisa foi apresentado à direção da unidade e negociou-se a forma de acesso aos participantes, às situações de trabalho e aos prontuários.

Para o processo de revisão da literatura, utilizou-se as bases de dados virtuais: Medline e Lilacs, até 2006. Esta revisão foi atualizada no decorrer do doutorado, nos anos de 2007 e 2008.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFMG (Anexo A) e Comitê de Ética da SMSA (Anexo B). Todos os participantes foram esclarecidos sobre os propósitos do pesquisador e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Anexo C). Os adolescentes com idade menor que 12 anos assinaram o TCLE junto com seus pais. Para os maiores de 12 anos foram feitos termos de consentimento separados, sendo um para o adolescente e outro para o pai ou responsável, de acordo com as orientações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

A redação e formatação da tese obedeceram às instruções da Associação Brasileira de Normas Técnicas (FRANÇA, 2007), conforme recomendado pelo Departamento de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da UFMG.

4.1 Campo de Estudo

Este projeto foi desenvolvido na Unidade de Referência Secundária Saudade (URSS), localizada na Rua Juramento, número 1464, no Bairro Saudade, onde a autora trabalhou. Esta unidade faz parte do Sistema Único de Saúde (SUS) da cidade de Belo Horizonte (MG) e pertence ao Distrito Sanitário Leste (DISAL). A URSS tem como objetivo geral prestar assistência integral à criança e ao adolescente. É uma unidade de referência para o tratamento de pacientes residentes em Belo Horizonte e na região metropolitana. Os pacientes que necessitam de tratamento e consultas especializadas são encaminhados para esta unidade pelas diversas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do SUS.

4.2 A Pesquisa Ação

O desenho da pesquisa utilizado foi a Pesquisa-ação, definida por Thiollent (1996) como:

"Pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo".

As expressões pesquisa-ação e pesquisa participante são freqüentemente dadas como sinônimos. Thiollent (1996) afirma que se trata de uma questão de terminologia. A pesquisa-ação pressupõe a inserção num determinado ambiente que se pretende investigar, portanto ela seria de alguma maneira também uma pesquisa participante. Neste sentido, toda pesquisa-ação tem um cunho participativo, mas a pesquisa participante não é necessariamente uma pesquisa-ação.

Na pesquisa-ação há como o próprio nome aponta, uma ação por parte dos pesquisadores, ação esta que merece investigação para ser elaborada e conduzida. Assim, os pesquisadores têm papel ativo no equacionamento dos problemas encontrados e no acompanhamento e avaliação das ações (FRANCO, 2005).

A pesquisa-ação é uma forma de experimentação em situação real, na qual os pesquisadores intervêm conscientemente. Através dela, o pesquisador pretende também aumentar o seu conhecimento e a consciência dos sujeitos pesquisados a respeito do problema em foco (BOOG, 1999). Ao produzir conhecimentos, a pesquisa-ação permite uma melhor compreensão da práxis, de modo a estabelecer mudanças em suas práticas, inclusive profissionais, para fins coletivamente desejados (FRANCO, 2005). Esta metodologia envolve a prestação de serviço, a observação sistemática e o diálogo com os sujeitos pesquisados, que acontece tanto em situações informais, como em situações planejadas.

Segundo Thiollent (1996), a metodologia da pesquisa ação leva a uma interação entre pesquisadores e os sujeitos implicados na situação investigada. A pesquisa-ação não se limita a uma forma de ação. Pretende-se aumentar o conhecimento dos pesquisadores e o nível de consciência das pessoas envolvidas. A atitude do pesquisador é sempre uma atitude de escuta e de elucidação dos vários aspectos da situação, sem imposição de suas concepções próprias. Ainda segundo

o mesmo autor, “o objetivo principal da pesquisa ação é dar aos participantes (pesquisadores e pacientes) os meios de se tornarem capazes de responder com eficiência aos problemas da situação em que vivem”.

Na pesquisa ação, assim como nas outras pesquisas da linha interpretativa, o que cada pesquisador observa e interpreta nunca é independente da sua formação e de suas experiências anteriores. Além disso, deve-se considerar também que uma pesquisa-ação não se realiza em curto espaço de tempo (FRANCO, 2005). Não pode ser um processo apressado, superficial, com tempo marcado. É preciso tempo para construir a intimidade e um universo cognitivo mais próximo, transformar resistências, apreender novos valores e reconsiderar os papéis profissionais. A imprevisibilidade é um componente importante neste tipo de pesquisa, e considerá-la significa estar aberto para reconstruções em processo e negociações.

No que se refere aos objetivos da pesquisa-ação, ainda conforme Thiollent (1996) podemos enumerar os que se seguem:

1. Objetivo prático: a pesquisa-ação visa contribuir para a resolução de problemas, a partir de possíveis soluções e de propostas de ações que auxiliem os agentes (ou atores) na sua atividade transformadora da situação;

2. Objetivo de conhecimento: a pesquisa-ação propicia oportunidade para uma tomada de consciência dos pesquisados além de ampliar o conhecimento do pesquisador;

3. Objetivo de socialização do conhecimento: este não deve ser útil apenas para a coletividade diretamente envolvida na pesquisa, mas também possibilitar certo grau de generalização.

Para Franco (2005), a pesquisa-ação tem sido utilizada de diversas maneiras, passando a compor um conjunto de abordagens teórico-metodológicas onde pesquisa e ação se integram na produção de novos conhecimentos e na transformação das práticas. Mas a autora elege alguns princípios para fundamentar a metodologia:

- a práxis social é o ponto de partida e de chegada na construção do conhecimento
- o processo de conhecimento se constrói nas articulações com a intersubjetividade e deve ser sempre interativo

- a pesquisa-ação deve ser realizada no ambiente natural da realidade a ser pesquisada
- a flexibilidade de procedimentos é fundamental e a metodologia deve permitir ajustes

Finalmente, a pesquisa-ação envolve sempre uma transformação, geralmente solicitada pelos sujeitos ou sustentada pela reflexão crítica coletiva. No entanto, quando a transformação é previamente planejada, sem a participação dos sujeitos e apenas o pesquisador acompanha formalmente seus efeitos e avalia os resultados de sua aplicação, esta pesquisa pode ser denominada como pesquisa-ação estratégica (FRANCO, 2005). É nesta categoria que se sustenta o presente trabalho.

A opção pela pesquisa-ação estratégica neste estudo partiu de seus pressupostos básicos. Em primeiro lugar a pesquisadora adentrou a realidade a ser estudada e desenvolveu uma intervenção com objetivo de aprender e melhorar a assistência aos investigados. Em segundo lugar foi dada aos pesquisados a oportunidade de refletir, problematizar, analisar e compreender suas próprias práticas. Deste modo, os adolescentes e seus pais ou responsáveis foram convidados a discutir seus problemas, dúvidas e dificuldades quanto ao tratamento da obesidade. Em terceiro lugar, durante todo o processo procuramos adequar as abordagens de modo a aumentar a motivação dos adolescentes para o cuidado com a saúde. Por fim, considerou-se tratar de um tipo de pesquisa que não tem um delineamento configurado de forma detalhada e controlada a priori, mas que se construiu processualmente, à medida que os dados parciais foram obtidos. Trata-se de um modelo construtivo e de um processo em aberto, cujas estratégias, ao mesmo tempo de ação e de investigação, foram desenvolvidas ao longo do processo investigativo. Estas estratégias objetivam oferecer respostas, mesmo que parciais, ao problema da pesquisa e informações importantes para tomada de decisões tanto na URSS quanto na Secretaria de Saúde.

Os caminhos metodológicos adotados permitiram uma convivência negociada ao longo do processo e podem ser sintetizados como segue:

- distribuição dos adolescentes em grupos de 10 a 14 anos e maiores de 15 anos, sendo que estes grupos foram sendo formados à medida em que os adolescentes iniciavam o atendimento nutricional

- reuniões coletivas mensais com os pacientes e seus pais ou responsáveis, todos juntos e às vezes pais e filhos separados
- pesquisa com (e não sobre) os adolescentes: valorização das decisões conjuntas quanto aos temas abordados, reflexão sobre a prática, problematização, partilha com os pais, proposição de inovações
- avaliação frequente das reuniões desenvolvidas e dos impactos no tratamento individual
- busca constante da motivação e do desenvolvimento da auto-estima dos pesquisados

4.3 Universo de Análise

O universo de análise deste estudo é composto pelos adolescentes atendidos na URSS e seus responsáveis. Para delimitar a faixa etária estudada, utilizamos a definição da OMS (WHO, 1995) que define adolescência como o período compreendido entre dez e dezenove anos de idade. Aos pacientes que manifestaram desejo de não fazer parte da pesquisa, foi oferecido o tratamento normal em consultas individuais, conforme protocolo da unidade.

Critérios de inclusão:

- Adolescentes de ambos os sexos, com idade entre 10 e 19 anos
- Pacientes encaminhados ao nutricionista pela primeira vez na URSS no período de junho de 2006 a junho de 2007
- Estado de sobrepeso ou obesidade, segundo as novas curvas da OMS
- Disponibilidade e desejo de participar no estudo, com consentimento e compromisso assinado pelo adolescente e seu responsável

Critérios de exclusão:

- Adolescentes que não atendam aos critérios de inclusão
- Adolescentes com diagnóstico de doenças crônicas cardiológicas, reumatológicas, respiratórias ou que afetem o desenvolvimento neuropsicomotor
- Adolescentes com obesidade secundária a outras doenças do sistema nervoso central, do sistema endócrino ou de síndromes genéticas

- Adolescentes que expressaram seu desejo em não participar da pesquisa

4.4 Coleta de Dados

A coleta de dados iniciou-se logo que o Comitê de Ética da UFMG liberou o parecer, em junho de 2006. A partir desta data, todos os pacientes novos que atendiam os critérios de inclusão receberam os esclarecimentos quanto aos propósitos da pesquisa. Diante da concordância dos mesmos, foi feita a avaliação antropométrica e a anamnese (Anexo D), que já faziam parte da rotina do serviço. Também foi identificado o estágio de mudança do comportamento alimentar, utilizando-se o questionário que se encontra no Anexo E, adaptado de Kristal et al (1999) e Zaccarelli (2005), baseado na teoria de Prochaska & DiClement (1983). Em seguida os pacientes foram agendados para a aplicação do questionário de conhecimentos de nutrição, práticas alimentares e de atividade física (Anexo F). Os pais ou responsáveis responderam um questionário socioeconômico com o objetivo de identificar o perfil das famílias envolvidas no estudo, as expectativas quanto ao tratamento e hábitos do estilo de vida (Anexo G). A situação socioeconômica foi analisada em números de salários mínimos, considerando-se o valor de R\$ 360,00 e de acordo com o grau de escolaridade dos pais.

O questionário para identificar os conhecimentos básicos de nutrição e as percepções sobre a obesidade foi elaborado com base no trabalho de Triches (2004), tendo sido as perguntas adaptadas ao contexto da população estudada. Profissionais da área de pedagogia verificaram a linguagem utilizada. A versão final do questionário continha 10 questões de múltipla escolha sobre o conhecimento de alimentos: fonte de fibras, tipos de gorduras, valor calórico, vitaminas e minerais. Para avaliar o nível de conhecimentos foi estabelecido o critério de bom (9 a 10 acertos), médio (6 a 8 acertos) e ruim (5 acertos ou menos) em relação às respostas dadas.

As características das práticas alimentares dos adolescentes avaliadas foram: mastigação, número de refeições, freqüência do desjejum, local das refeições, hábito de comer entre as refeições e consumo de água. Para identificar a freqüência alimentar, foi realizado o Questionário de Freqüência Alimentar (QFA) qualitativo, segundo as instruções de Fisberg, Martini & Slater (2005). Este questionário foi auto-aplicado e continha o consumo de vegetais, frutas, guloseimas,

café, leite, refrigerante e frituras. Para o consumo de vegetais considerou-se o consumo de verduras e legumes.

Quanto ao hábito intestinal considerou-se constipação três ou mais dias sem evacuar (PASHANKAR & LOENING-BAUCKE, 2005). Observou-se também a queixa de gases ou azia. A prática de atividade física regular foi avaliada em número de vezes por semana.

Antes do início da coleta de dados realizou-se um pré-teste com os questionários elaborados e foram feitas as correções e adaptações necessárias.

O tratamento prosseguiu com retornos individuais até o momento em que se formavam novos grupos, buscando melhorar a qualidade do atendimento aos pacientes. A metodologia foi apresentada aos mesmos como uma alternativa ao tratamento convencional, que consistia de consultas individuais. Porém, sempre que necessário estas consultas eram agendadas. Os grupos foram estruturados com seis encontros mensais e uma programação que buscava auxiliar os adolescentes e seus responsáveis a lidar com a doença. Na primeira reunião de cada grupo aplicou-se a técnica de grupo focal. Todas as reuniões de grupo foram registradas no caderno de campo. Os dados da avaliação nutricional foram coletados mensalmente, logo após os encontros em grupo.

Ao final de um ano de tratamento foram repetidos os questionários para identificar o estágio de mudança, as práticas alimentares e os conhecimentos de nutrição dos adolescentes.

Grupo Focal

Para Rigotto (1998), as técnicas de relatos orais valorizam as experiências vividas pelos sujeitos da pesquisa e o que eles têm a dizer sobre elas. Dentre os instrumentos que se destinam a esta finalidade, está o Grupo Focal (GF), que pode ser utilizado no entendimento de como se forma as diferentes percepções e atitudes acerca de um fato, prática, produto ou serviços. Por ser uma técnica que privilegia a comunicação, é apropriado a pesquisas qualitativas permitindo explorar um foco, ou seja, um ponto em especial.

O GF é um instrumento de coleta de dados que permite a interação entre o entrevistador e os entrevistados. Basicamente, pode ser considerada uma espécie de entrevista de grupo, embora não se caracterize pela alternância de perguntas do pesquisador e resposta dos participantes. Antes, a essência do GF consiste em se

apoiar na interação entre seus participantes para colher dados, a partir de tópicos que são fornecidos pelo pesquisador (MORGAN, 1997; IERVOLINO & PELICIONI, 2001). A interação grupal favorece a desinibição e a participação dos integrantes, possibilitando a captação da realidade vivida pelos participantes assim como seus sentimentos, atitudes e idéias a respeito do tema abordado (STEWART & SHAMDASANI, 1990).

A coleta de dados no GF baseia-se na tendência humana de formar opiniões e atitudes ao ouvir as opiniões de outros indivíduos, sendo este processo que o GF tenta captar (IERVOLINO & PELICIONI, 2001). Esta interação grupal pode produzir dados que dificilmente seriam conseguidos fora do grupo (MORGAN, 1998).

Segundo Stewart e Shamdasani (1990), o grupo focal permite conhecer com maior profundidade as crenças e valores, os comportamentos, como também identificar as representações do processo saúde/doença. O objetivo é identificar a percepção do fenômeno estudado sob a óptica dos atores envolvidos diretamente na questão, já que dar voz aos atores é uma das formas mais adequadas para operar o resgate das representações dos sujeitos. Cabe enfatizar que o interesse do pesquisador orienta o foco, mas os dados são trazidos pela interação grupal. Uma vez conduzido, o material obtido vai ser a transcrição de uma discussão em grupo, focada em um tópico específico, sendo por isso denominado grupo focal.

O GF enfatiza a compreensão dos problemas do ponto de vista dos grupos populacionais, assim como o conhecimento das aspirações dos participantes. Desta forma sua utilização é consistente com a filosofia da Educação em Saúde, por se apoiar no princípio da participação integral do educando no processo educativo (IERVOLINO & PELICIONI, 2001).

O grupo focal tem sido internacionalmente usado para a estruturação de ações em saúde pública, por ser relativamente simples e rápido. Esta técnica parece responder a contento à nova tendência de educação para a saúde, que tem se deslocado da perspectiva do indivíduo para os grupos sociais, observando-se a perspectiva cultural dos seus possíveis beneficiários. Na área da saúde essa é uma nova opção, pois ao mesmo tempo em que permite ao pesquisador obter dados para seus estudos, garante aos pesquisados um espaço de reflexão de suas próprias concepções e uma auto-avaliação, o que facilita a mudança de comportamento (IERVOLINO & PELICIONI, 2001).

O trabalho de boa condução de um grupo focal começa no momento em que o primeiro participante entra na sala. Além de receber cada participante de maneira cordial, cabe ao moderador e ao seu assistente criar um ambiente agradável e descontraído (IERVOLINO & PELICIONI, 2001).

Segundo Morgan (1997), a melhor maneira de introduzir o que se espera do grupo é admitir que o moderador está lá para aprender, pois não tem o entendimento completo sobre o assunto. O segundo passo é explicar a forma de funcionamento do grupo e as regras gerais. É importante esclarecer que não se busca consenso na discussão a ser empreendida e que a divergência de perspectivas e experiências é bem-vinda. Alguns autores recomendam que tal comentário seja feito durante o decorrer da sessão. Faz-se então uma rodada de apresentação dos participantes, a fim de facilitar o entrosamento. Daí para frente inicia-se a exploração do foco do estudo, através de tópicos utilizados como pequenos estímulos para introduzir o assunto.

Durante a realização dos grupos cabe ao moderador criar um ambiente que favoreça o surgimento de diferentes percepções e pontos de vista, assim como garantir, por meio de uma intervenção discreta e firme, que o grupo discuta os tópicos de interesse do estudo (IERVOLINO & PELICIONI, 2001).

Para aplicar a técnica de grupo focal os adolescentes foram divididos nas faixas etárias de 10 a 14 anos e 15 a 19 anos, compreendendo a adolescência inicial e final, conforme sugestão da OMS (WHO, 1995). O grupo focal de pais atendeu a mesma divisão, ou seja, pais de adolescentes de 10 a 14 anos e pais de adolescentes maiores de 15 anos. No entanto, a maioria dos adolescentes com mais de 15 anos comparecem ao atendimento sem acompanhante. Deste modo, houve apenas um grupo focal com pais de adolescentes maiores.

Elaborou-se um roteiro para conduzir os grupos (Anexo H), observando que a literatura recomenda que a discussão seja iniciada com um tema abrangente (STEWART & SHAMDASANI, 1990). Como a proposta do método é desenvolver uma discussão focada em um tema específico, este roteiro continha poucos tópicos. Realizou-se um pré-teste com o roteiro, o qual possibilitou a adaptação das perguntas, de modo a facilitar a condução dos grupos.

Alguns cuidados foram observados para garantir um ambiente relaxado e condutor de troca de experiências e perspectivas, de acordo com as orientações de Morgan (1997):

- as sessões foram realizadas em uma sala fechada e sem ruídos, de modo a não haver interrupções
- as cadeiras foram dispostas em círculo, de modo a promover a participação de todos e um bom contato visual entre os participantes
- os participantes foram esclarecidos quanto ao objetivo do encontro, a importância da falar um de cada vez e
- cada participante foi identificado com um cartão
- não se permitiu a entrada de outros participantes após o início do GF
- foram utilizados dois gravadores para registrar as discussões, mas os participantes foram esclarecidos sobre seu uso
- houve cuidado em não ultrapassar uma hora e meia de duração do grupo, embora a literatura não apresente consenso sobre este ponto

Todos os grupos foram conduzidos pelo próprio pesquisador, que assumiu o papel de moderador das discussões. Houve também a participação de um observador, que fez o registro das expressões verbais e não-verbais, das condições do ambiente, das interrupções e da duração do grupo no caderno de campo.

Avaliação antropométrica

As medidas antropométricas utilizadas foram feitas pela nutricionista e dois estagiários de nutrição, com base no protocolo de padronização adotado na URSS, o qual segue as recomendações internacionais (LOHMAN et al., 1988).

Para estabelecimento do perfil nutricional dos pacientes foram aferidos os seguintes dados antropométricos: peso (em balança Filizzola com capacidade de 150kg, com o indivíduo em posição ereta, roupas leves, descalço ou com meias) e estatura (aferida através de antropômetro acoplado à balança, com o indivíduo em posição ereta, olhando para frente e descalço ou com meias). Depois foi calculado o IMC dividindo-se o peso pela altura ($\text{peso}/\text{altura}^2$). O sobrepeso foi definido pelo IMC por idade acima do percentil 85 e obesidade acima do percentil 97, em relação às novas curvas propostas pela OMS (DE ONIS et al, 2007).

A circunferência do abdômen (cm) foi medida na cicatriz umbilical, estando o paciente em pé com abdome relaxado e os braços descontraídos ao lado do

corpo. Utilizou-se uma fita métrica com precisão de 1mm, mantendo-se a mesma firme sobre a pele, sem compressão dos tecidos. Os pontos de corte utilizados foram os propostos por Taylor e colaboradores (2000), como indicadores de adiposidade central. A circunferência do quadril foi medida na área de maior circunferência da região glútea

Para a medida da prega cutânea tricipital (PCT) foi utilizado um adipômetro da marca Lange com precisão de 0,5 mm. A medida foi realizada com o adolescente em posição ereta e os braços pendentes naturalmente, no ponto médio do braço entre o ponto acromial da escápula e o olécrano da ulna. A dobra foi medida do lado direito, em triplicata, para o cálculo da média, sendo o percentil 95 considerado como ponto de corte para obesidade (FISBERG, 2005).

Exames bioquímicos

Os dados referentes aos exames bioquímicos foram coletados do prontuário dos pacientes, uma vez que já fazem parte da rotina de atendimento nesta unidade.

Para analisar os exames de colesterol e triglicérides, foram utilizados os valores de referência da I Diretriz de Prevenção de Aterosclerose na Infância e na Adolescência da Sociedade Brasileira de Cardiologia – SBC (2005).

Os demais exames foram avaliados pelos critérios utilizados nos laboratórios do Sistema Único de Saúde (SUS), onde os pacientes foram atendidos. Para avaliar a glicemia de jejum, utilizou-se o valor de referência para a população adulta (70 a 99 mg/dL) uma vez que não encontrou-se dados validados para adolescentes. Para os valores de hemoglobina (Hg) utilizou-se o valor de referência para a faixa etária de 12 a 18 anos, sendo o intervalo de normalidade para o sexo feminino de 12 a 16 g/dL e para o sexo masculino de 13 a 16 g/dL.

4.5 Análise dos Dados

Após a obtenção dos dados antropométricos, bioquímicos e de estilo de vida, foi feita análise descritiva das variáveis quantitativas, utilizando-se o Programa EPI-INFO versão 6.0. Esta análise foi repetida ao final de doze meses de tratamento.

As fitas gravadas foram transcritas na íntegra, seguindo-se a recomendação de QUEIRÓZ (1983), que define a transcrição como: "a reprodução

de um documento, em plena e total conformidade com sua primeira forma, em total identidade, sem nada que o modifique". Ainda segundo a orientação da mesma autora, as fitas foram transcritas pelo próprio pesquisador, logo após a realização dos grupos. Na transcrição há a possibilidade de se fazer uma primeira reflexão sobre a experiência, em que todo o processamento da pesquisa é retomado, com seus envolvimento e emoções. O pesquisador participa assim da construção de todo o material, numa legítima ação de "observador participante" (QUEIRÓZ, 1983). Quando a fita é transcrita por outra pessoa, ocorre sempre um empobrecimento em relação à totalidade da entrevista.

As transcrições foram apresentadas aos participantes da pesquisa para que os mesmos pudessem completar suas opiniões se assim o desejassem. Esta disponibilização ocorreu no primeiro encontro após a fita ter sido transcrita. Assim os discursos foram completados entre si e com as observações do moderador e do auxiliar. Os discursos citados no capítulo de resultados foram mantidos na sua forma original, com a linguagem coloquial, conforme recomenda Queiroz (1983).

O procedimento para análise do material obtido após a transcrição consistiu inicialmente da leitura e releitura de cada um dos relatos transcritos. Depois procedemos a leitura horizontal do conjunto dos relatos sobre cada questão proposta, buscando identificar os aspectos recorrentes, os contraditórios e o significado que adquirem por referência a essas posições. Em seguida os dados foram classificados em categorias específicas, conforme os temas que emergiram do texto (CAREGNATO & MUTTI, 2006). Ao final foram estabelecidas articulações entre os dados obtidos e os referenciais teóricos, respondendo as questões da pesquisa com base em seus objetivos. Esta análise seguiu as orientações de QUEIRÓZ (1983), HAGUETE (1992), TRIVINÕS (1994), SIMIONI, LEFÈVRE & PEREIRA (1996), RIGOTTO (1998), LAVILLE & DIONNE (1999), TURATO (2003), BARDIN (2004), MINAYO (2004), CAREGNATO & MUTTI (2006) e MINAYO (2007).

O material transcrito foi também analisado por um sociólogo, doutorando em Educação da UFMG, através do método de análise de conteúdo temática. Para este procedimento o sociólogo utilizou o software QSR NUD*IST, um programa de computador orientado para o auxílio na análise de dados qualitativos, que tem como base o princípio da codificação do texto (TEIXEIRA & BECKER, 2001). Trata-se apenas de uma ferramenta, pois este programa é somente um meio facilitador, não

um fim em si mesmo. A análise realizada por esse sociólogo restringiu-se à decomposição dos dados, buscando as relações entre as partes que foram decompostas.

Utilizar o trabalho de mais de um avaliador é uma forma de aumentar a validade da análise. Deste modo, através da análise da pesquisadora, do sociólogo e das observações das pessoas entrevistadas, foi possível fazer a triangulação dos dados. A triangulação é definida por Turato (2003), como o processo de observar um fato ou um fenômeno social a partir de vários ângulos. Ainda de acordo com este mesmo autor, é importante manter uma atitude flexível e aberta, admitindo que outras interpretações também podem ser sugeridas e discutidas.

A análise na pesquisa qualitativa não tem como finalidade contar opiniões, pois seu foco é a exploração do conjunto de opiniões e representações sociais sobre o tema investigado. Esta análise não precisa abranger a totalidade das falas dos entrevistados, uma vez que as opiniões de um grupo homogêneo costumam ter muitos pontos em comum ao mesmo tempo em que apresentam singularidades próprias da biografia de cada interlocutor (MINAYO, 2007).

É importante ressaltar que um plano de análise concernente ao tipo de pesquisa-ação não pode ser entendido do mesmo ponto de vista da pesquisa quantitativa. Para uma análise quantitativa devemos considerar que o levantamento de hipóteses, a coleta e a análise dos dados são vistos de forma dissociada e como etapas bem delimitadas cronologicamente (TRIVINOS, 1994). Em pesquisas qualitativas, a delimitação dos objetivos específicos, o detalhamento da metodologia, o trabalho de campo, a análise do material, a coleta de dados e sua análise ocorrem simultaneamente, ao longo da intervenção (IERVOLINO & PELICIONI, 2001).

Na pesquisa qualitativa é fundamental que a interpretação dos dados seja feita em contexto (FRANCO, 2005). Não existe um modelo acabado de análise dos dados, mas é importante que o moderador participe desta análise, pois ele possui as melhores informações sobre expressões faciais, o tom usado pelos participantes, o contexto das falas e o clima da discussão.

5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

5.1 Artigos Produzidos Durante o Doutorado

Durante o processo de revisão da literatura e redação da tese, alguns artigos foram produzidos, devido ao interesse do Programa de Pós-Graduação na sua rápida publicação. Desta forma, encontram-se em anexo os resumos de três artigos, com seus respectivos meios de publicação, conforme se segue:

Artigo I – Tratamento da obesidade na infância e adolescência: uma revisão da literatura

Artigo de revisão sobre a obesidade, elaborado em parceria com uma aluna da Graduação em Medicina (UFMG). Este artigo já foi aceito e será publicado no Suplemento de Pós Graduação da Revista Médica de Minas Gerais (RMMG).

Artigo II – Aspectos cognitivos e emocionais de adolescentes com excesso de peso e seus responsáveis

Artigo que traz os resultados iniciais do perfil dos adolescentes e seus pais. Foi aceito e será publicado no próximo Suplemento da Pós Graduação da RMMG.

Artigo III – Educação nutricional como estratégia de intervenção para o tratamento da obesidade na adolescência

Artigo sobre o tema da educação nutricional, baseado no capítulo de revisão da literatura. Este artigo já foi aceito para publicação no próximo Suplemento de Pediatria da RMMG.

5.2 Caracterização dos Adolescentes

As características encontradas na primeira etapa do trabalho de campo estão descritas a seguir. O objetivo era identificar o perfil dos adolescentes obesos que iniciam o atendimento nutricional, descrevendo suas características físicas, sócio-econômicas e comportamentais, a fim de discutir e considerar a influência destas no desenvolvimento e manutenção do sobrepeso e obesidade.

Foram avaliados 58 adolescentes, com idade média de 12,6 anos (DP = 1,95). A tabela 1 traz as características demográficas e econômicas destes adolescentes, porém não possível obter a renda de 3 famílias:

Tabela 1: Características demográficas e econômicas dos adolescentes pesquisados, atendidos na URSS entre junho de 2006 e junho de 2007 – Belo Horizonte, MG

Características		N	%
Sexo	Feminino	34	58,6
	Masculino	24	41,4
Idade (anos)	10 a 14	47	81
	15 a 19	11	19
Renda familiar (SM*)	< 1	9	16,4
	1 a < 4	34	61,8
	4 a 5	11	20
	> 5	1	1,8
Escolaridade do chefe	Analfabeto	1	1,7
	Primário completo	22	37,9
	Fundamental completo	21	36,2
	Ensino médio completo	13	22,5
	Superior completo	1	1,7

*SM= Salário-mínimo

É sabido que a obesidade sofre influência do nível socioeconômico, além dos fatores genéticos e ambientais (BATISTA FILHO & RISSIN, 2003). Neste estudo a maioria das famílias apresentou baixa renda, com média de R\$ 870,70 (DP = 453,75). Apesar de ser difícil fazer generalizações a respeito das relações entre

obesidade e nível socioeconômico, muitos estudos têm mostrado um crescimento da obesidade nas faixas de menor renda (FISBERG, 2005). A mobilidade social do sobrepeso e obesidade, com tendência à redução no quartil de renda mais elevada e aumento crescente entre as famílias dos estratos econômicos mais baixos, é uma característica epidemiológica marcante do processo de transição nutricional da população brasileira (BATISTA FILHO & RISSIN, 2003).

A baixa escolaridade dos pais é um fator agravante para a boa alimentação dos filhos, pois o grau de instrução é bastante relevante na escolha dos alimentos (ARANCETA et al, 2003). O aumento do nível educacional parece estar inversamente associado com a diminuição do peso corporal nos países industrializados, embora esta relação não seja bem identificada nos países em desenvolvimento (FISBERG, 2005). De acordo com os resultados de um estudo na Espanha (ARANCETA et al, 2003), as crianças e os jovens de um nível socioeconômico mais baixo e aqueles cujas mães tinham um nível de educação menor mostraram um maior consumo de doces, açúcar, gordura e produtos de panificação e menor consumo de legumes. Veugelers & Fitzgerald (2005) verificaram que crianças cujos pais apresentaram alto nível de educação e renda mais elevada, tinham um decréscimo no risco de sobrepeso. Segundo Lima, Arrais & Pedrosa (2004), as mães com melhor nível de instrução habitualmente incorporam conhecimentos adequados sobre nutrição e passam a alimentar melhor seus filhos, resultando em menor frequência de obesidade. Mas é preciso considerar também que geralmente um menor nível de escolaridade é encontrado nas famílias de menor poder aquisitivo, cujo acesso aos alimentos mais saudáveis é limitado (TRICHES, 2004).

Nesta amostra de adolescentes, encontrou-se um alto número de primogênitos (55,1%), em comparação com apenas 23 % de filhos caçulas e 8,8% de filhos únicos. Em vários estudos sobre composição familiar de crianças e adolescentes obesos, observou-se maior incidência da doença nos caçulas e nos filhos únicos, sendo que o risco relativo de um filho único ser obeso é 2,2 vezes maior do que numa família de quatro filhos (FISBERG, 2005). Por outro lado, Rising & Lifshitz (2005) observaram uma ingestão calórica maior em filhos primogênitos. Como é sabido, sobre os filhos mais velhos pairam mais expectativas e exigências e deles espera-se maior responsabilidade. Segundo afirma Fisberg (2005), tem sido

demonstrado que pais muito exigentes podem contribuir para o desenvolvimento da obesidade infantil.

Ao analisar a classificação do IMC dos pais dos adolescentes em estudo, observou-se que 71,4% destes estava acima do peso, sendo que 44,6 % encontrava-se com sobrepeso e 26,8 % eram obesos. Este é um dado importante já que a correlação entre sobrepeso dos pais e de filhos é grande e decorre da hereditariedade e do meio-ambiente (PARIZZI, 2004; REILLY et al, 2005, RISING & LIFSHITZ, 2005). Rising & Lifshitz (2005) relacionam o maior peso das mães com maior consumo energético dos filhos, afirmando que este padrão pode predispor à obesidade. No Brasil, um estudo realizado em Niterói encontrou maiores valores de IMC em adolescentes com história de adiposidade de ambos os pais (FONSECA, SICHIERI & VEIGA, 1998). Fisberg (2005) encontrou a presença de 91% de antecedentes de obesidade familiar ao estudar adolescentes obesos atendidos em ambulatório. Segundo este autor, a presença de obesidade familiar facilitaria a instalação do chamado ambiente social obesogênico. Porém, o efeito da influência genética da obesidade familiar pode ser alterado por influências ambientais positivas (ROSEBAUM & LEIBEL, 1998).

A média de aleitamento materno foi de oito meses neste estudo, sendo que 27,1% dos pacientes não tiveram aleitamento materno. O aleitamento tem sido sugerido em vários estudos como um fator protetor da obesidade, hipertensão e dislipidemias (PARIZZI, 2004; SBC, 2005). Já outros estudos afirmam ser esta relação inconclusiva (REILLY et al, 2005). Porém, o desmame precoce pode levar ao início da obesidade, caso a introdução de alimentos seja feita sem os critérios da alimentação saudável (ESCRIVÃO et al, 2000).

O peso médio ao nascer destes pacientes foi de 3140 ± 754 g, sendo que 79,2% foram nascimentos a termo. Ao avaliar os fatores presentes no início da vida de crianças obesas, Reilly e colaboradores (2005), em estudo longitudinal de grande tamanho amostral utilizando análise multivariada, não encontraram relação entre obesidade infantil e sexo, época de nascimento, idade gestacional, introdução precoce de alimentação complementar, número de irmãos, etnia e idade materna. Porém assinalaram como potenciais fatores de risco o aumento de peso ao nascer e a obesidade dos pais.

Os adolescentes apresentaram um IMC médio inicial de 29,16kg/m² (\pm 6,03), sendo o IMC mínimo e máximo de 21,1kg/m² e 45,9kg/m², respectivamente e mediana de 27,6kg/m². Quando comparamos o IMC individual com a tabela OMS (DE ONIS et al, 2007), encontramos 41 pacientes (70,7%) com obesidade ($P \geq 97$) e 17 (29,3%) com sobrepeso ($P \geq 85$).

A PCT média encontrada foi de 34.72mm (DP = 5,73). Trinta e oito pacientes (66,7%) apresentaram a PCT com $P > 95$, ou seja, configurando o diagnóstico de obesidade.

A circunferência abdominal média encontrada foi de 93,64cm (DP = 14,99), com valor mínimo de 63 e máximo de 136cm. Na tabela 2 são apresentados os resultados da distribuição dos pacientes conforme os pontos de corte propostos. De acordo com Taylor e colaboradores (2000), pacientes que se encontram acima do ponto de corte, apresentam maior risco de desenvolver alterações clínicas e laboratoriais ligadas à obesidade. A grande maioria dos adolescentes (96,6%) foi classificada na faixa de risco à saúde. Os resultados das amostras masculina e feminina foram semelhantes, mostrando que o problema atinge adolescentes de ambos os sexos.

Tabela 2 – Circunferência da Cintura dos adolescentes pesquisados, atendidos na URSS entre junho de 2006 e junho de 2007- Belo Horizonte, MG

Circunferência da Cintura	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Faixa recomendável*	1	2,9	1	4,2	2	3,4
Risco à Saúde	33	97,1	23	96	56	96,6
Total	34	100	24	100	58	100

*Segundo critérios propostos por Taylor et al. (2000).

Entre as medidas antropométricas deste estudo (peso, PCT e circunferência abdominal), a medida da circunferência abdominal foi a que apresentou os resultados mais preocupantes, pois é sabido que a mesma tem relação direta com o desenvolvimento de doenças crônicas que podem atingir crianças e adolescentes (TAYLOR et al, 2000).

Ao serem analisados os níveis de glicemia de jejum, observou-se que o valor médio na população em estudo ($85.96 \pm 7,4\text{mg/dL}$) encontrava-se dentro dos valores de referência. O mesmo se deu com os níveis sanguíneos de Hemoglobina dos 41 adolescentes analisados. O valor médio na população em estudo ($13,58 \pm 1,1\text{g/dL}$) encontrava-se dentro dos valores de referência para sexo e faixa etária.

Segue abaixo a distribuição dos exames bioquímicos de lipídeos referentes à população estudada (Tabela 3):

Tabela 3: Perfil lipídico dos adolescentes pesquisados, atendidos na URSS entre junho de 2006 e junho de 2007 – Belo Horizonte, MG

Lipídeos	Referência * (mg/dl)	Classificação	N	%
Colesterol Total	< 150	Desejável	15	28,8
	150 –169	Limítrofe	8	15,4
	≥ 170	Aumentado	29	55,8
HDL - C	≥ 45	Desejável	31	60,8
LDL - C	< 110	Desejável	28	62,2
	110 - 129	Limítrofe	6	13,3
	≥ 130	Aumentado	11	24,5
TGC	< 100	Desejável	17	34,7
	100 - 129	Limítrofe	14	28,6
	≥ 130	Aumentado	18	36,7

*Critérios da SBC, 2005

Nota: variação do “N” em função da disponibilidade dos dados

Dentre os adolescentes dos quais foi possível obter os valores de Colesterol Total (CT), a maior parte encontrava-se com níveis acima dos valores desejáveis e o mesmo se deu com relação aos níveis de triglicerídeos. Na análise dos valores de HDL-C dentro da população estudada, 39,22% encontrava-se com níveis abaixo dos valores desejáveis.

O perfil antropométrico e bioquímico desta amostra de adolescentes mostrou vários parâmetros de risco à saúde, sendo que os resultados encontrados

estão de acordo com outros trabalhos citados que relacionam a obesidade em adolescentes com níveis aumentados de lipídios no sangue, circunferência da cintura aumentada, bem como níveis baixos de lipoproteínas de alta densidade de colesterol (PARIZZI, 2004). Apesar disso, a maior parte dos adolescentes não apresentou diagnóstico de doenças associadas à obesidade na guia de encaminhamento ao nutricionista. Havia somente o diagnóstico de três pacientes com hipertensão arterial e quatro com dislipidemia. No entanto, segundo nossa análise, que utilizou os critérios da SBC (2005), mais da metade dos pacientes apresentou dislipidemia. É muito importante que os profissionais de saúde estejam atentos e valorizem estes exames, porque os mesmos apontam para o risco futuro de problemas cardiovasculares.

O consumo alimentar de verduras, frutas, frituras, guloseimas, refrigerante, leite e café, segundo questionário de frequência alimentar apresenta-se relatado na tabela 4.

Tabela 4: Consumo alimentar dos adolescentes pesquisados, atendidos na URSS entre junho de 2006 e junho de 2007 – Belo Horizonte, MG

Alimentos	Frequência de ingestão*							
	Todos os dias		Quase todos os dias		De vez em quando		Nunca	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Verduras	23	39,7	12	20,7	21	36,2	2	3,4
Frutas	17	29,3	18	31	20	34,5	3	5,2
Guloseimas	15	25,9	19	32,8	23	39,7	1	1,7
Frituras	10	17,2	28	48,3	19	32,8	1	1,7
Refrigerante	6	10,5	13	22,8	37	64,9	1	1,8
Leite	22	37,9	15	25,9	19	32,8	2	3,4
Café	23	39,7	10	17,2	9	15,5	16	27,6

*Segundo questionário de frequência alimentar

De acordo com estes dados, a maior parte dos adolescentes consome guloseimas e frituras com frequência. Se tomarmos por base os critérios da Pirâmide de Alimentos, o consumo regular de refrigerante também é alto. Podemos verificar ainda que o consumo diário de vegetais e frutas é baixo.

Na adolescência, as práticas alimentares são reflexos dos valores aprendidos na família e entre amigos, com uma grande influência da mídia (ESCRIVÃO et al, 2000; ARANCETA et al, 2003). A alimentação inadequada nesta fase pode levar a desequilíbrios nutricionais que interferem no crescimento e no estado de saúde (WHO, 1998). De modo geral há uma ingestão inadequada de alimentos não nutritivos entre os adolescentes estudados, com abandono do consumo diário de verduras, frutas e leite. Estes dados estão de acordo com outras pesquisas, as quais também apontam para estas mudanças na alimentação e mostram que há uma tendência ao aumento no consumo de alimentos de alta densidade energética no Brasil (WANG, MONTEIRO & POPKIN, 2002; LIMA, ARRAIS & PEDROSA, 2004; SBC, 2005).

Um terço dos adolescentes deste estudo consumia refrigerantes regularmente. Vários estudos realizados no EUA sugerem que os refrigerantes estão substituindo o leite na dieta das crianças e adolescentes. Um estudo espanhol mostrou que 45,7% dos adolescentes de 14-17 anos tinham consumo inadequado de laticínios (ARANCETA et al, 2003).

É importante ressaltar que o baixo consumo de frutas e verduras caracteriza uma dieta com baixo teor de fibras, que pode levar à constipação intestinal (PASHANKAR & LOENIG-BAUCKE, 2005). Além disso, o consumo de fibras é eficaz no controle do peso, pois seu baixo valor energético contribui para a diminuição do valor calórico total da dieta. Na presença de fibras, a velocidade do esvaziamento gástrico é reduzida, diminuindo a fome e prolongando a sensação de saciedade (LIMA, ARRAIS & PEDROSA, 2004).

Com relação à hidratação, 44,8% ingeriam de 1 a 3 copos de água por dia, quantidade insuficiente. Somente 27,6% dos adolescentes apresentaram uma ingestão adequada de líquidos. O consumo hídrico é um fator importante para o adequado trânsito intestinal, pois a água é essencial para que as fibras possam agir alterando o peso e a consistência das fezes. Devido provavelmente a este fato, e ao baixo consumo de fibras, foi observado um percentual de 39,2% da amostra com quadro de constipação intestinal e 25,9% com queixa freqüente de flatulência. É necessário promover educação nutricional para estimular mudanças no estilo de vida destes pacientes a fim de melhorar o quadro de constipação intestinal.

Nestes resultados apresentados, temos que levar em consideração que em relação à frequência de ingestão dos alimentos, as informações foram coletadas em forma de um questionário auto-aplicado aos adolescentes, sendo então possível por parte deles, a omissão da realidade. Mesmo nos dados coletados pelo nutricionista pode ocorrer viés de memória ou informação errada intencional. É sabido que indivíduos obesos têm tendência de subestimar o relato alimentar (FISBERG, 2005), por isto é muito importante estimular estes pacientes a observar melhor a porção de alimentos ingeridos, aumentando assim a conscientização quanto à sua alimentação.

De acordo com os dados encontrados, apenas um terço dos pacientes relatou fazer de 5 a 6 refeições ao dia. É descrito na literatura que o hábito de omitir refeições é muito comum entre os adolescentes (FONSECA, SICHIERI & VEIGA, 1998). Tal informação é importante, pois se sabe que um fracionamento maior da dieta facilita o processo de emagrecimento (MOTA et al, 2008).

Muitos adolescentes (76%) relataram ter o hábito de comer entre as refeições. Este hábito pode contribuir para que o paciente ultrapasse a sua recomendação diária de calorias. Além disso, os alimentos escolhidos para estas horas são geralmente de alto valor calórico e baixo valor de vitaminas e sais minerais (LIMA, ARRAIS & PEDROSA, 2004).

Mesmo sendo uma das principais refeições do dia, o desjejum foi omitido por metade dos pacientes, sendo que este dado coincide com o de outros estudos que relacionam-no ao agravamento e manutenção da obesidade (FONSECA, SICHIERI & VEIGA, 1998; ESCRIVÃO et al, 2000). Por outro lado, Mota e colaboradores (2008) afirmam que omitir o desjejum não é visto como um preditor para o início da obesidade.

A maioria dos pacientes (72%) relatou o hábito de comer depressa, sem mastigação adequada. Este fato também pode estar relacionado com a queixa de flatulência presente em 25,9% da amostra, além de dificultar a percepção da saciedade, levando os pacientes a comerem além do necessário. A velocidade da alimentação é citada pela literatura como fator agravante e de manutenção da obesidade, sendo por isso importante trabalhar com o paciente para modificar este padrão. Fisberg (2005), em estudo semelhante, verificou padrão de mastigação

rápida em 94% dos pacientes e concluiu que o adolescente obeso come como forma de satisfação emocional, num padrão de voracidade.

Em 58,6%, dos casos o local apontado como preferido para as refeições foi em frente à TV. Este comportamento é considerado inadequado devido à comprovada influência negativa da mídia na alimentação, através da veiculação de anúncios de alimentos industrializados. Estudo realizado na Espanha mostrou que as crianças e os jovens que gastam mais tempo assistindo TV estavam mais propensos a seguir um padrão alimentar caracterizado por maior ingestão de produtos de panificação e guloseimas (ARANCETA et al, 2003).

Muitos adolescentes (36,2%) relataram que comem sozinhos ou apenas com irmãos, sem a presença de um adulto. O fenômeno do declínio do convívio é uma característica importante das relações contemporâneas. A organização familiar moderna que não prioriza o hábito de fazer as refeições à mesa, com a família reunida é um fator que pode contribuir para a obesidade (PARIZZI, 2004). Uma das razões para isso é que comer com adultos pode impedir as crianças de comer na frente da televisão, consumindo um maior valor energético. Também pode haver os benefícios de uma melhor comunicação entre as crianças e os pais, resultantes das interações diárias durante as refeições (VEUGELERS & FITZGERALD, 2005).

A maior parte dos adolescentes (72,4%) avaliou sua alimentação como boa ou ótima. Este dado mostra que os participantes não reconheciam suas práticas alimentares como inadequadas, o que representa um obstáculo aos programas de educação nutricional. A crença de que não há necessidade de alteração dos hábitos alimentares pode ser decorrente de uma interpretação errada do próprio consumo. Há uma tendência dos indivíduos, especialmente entre aqueles com dietas inadequadas, serem muito otimistas quanto aos aspectos saudáveis de sua alimentação (TORAL & SLATER, 2007).

A média do consumo diário de óleo de cocção (relatada pelos pais) foi de 28 ± 15 ml. Porém, 18,2% dos adolescentes tinham um consumo per capita de óleo de 30mL/dia ou mais, indicando uma alta ingestão. É importante conscientizar as pessoas que preparam as refeições quanto às formas de cozinhar, que impliquem em menor consumo de óleo.

Vinte e cinco pacientes (43,1%) relataram atividade física regular em três ou mais dias da semana. A prática de atividade física tem um importante papel na

prevenção de doenças relacionadas à obesidade. O decréscimo da atividade física é um forte componente para o aumento da prevalência mundial de obesidade (WANG, MONTEIRO & POPKIN, 2002). O sedentarismo é um fator de risco independente para a doença cardiovascular, hipertensão arterial, obesidade e hipercolesterolemia (SBC, 2005). Um estudo feito por Fonseca, Sichieri & Veiga (1998) mostrou um baixo índice da prática de atividade física entre os adolescentes com sobrepeso, porém não mostrou diferença significativa quando comparado com adolescentes com IMC normal. Além de contribuir para redução do peso, a prática da atividade física auxilia no controle da ansiedade e da depressão, proporcionando melhor auto-estima e socialização (WHO, 1998). Outros estudos têm descrito uma associação entre um maior nível de atividade física e aderência ao padrão alimentar saudável, sugerindo que o sedentarismo está associado com maior consumo de sal, açúcar, guloseimas e refrigerantes (ARANCETA et al, 2003).

Ao observarem-se os fatores psicossociais, encontrou-se alto índice de repetência escolar (36,5%) e de uso de medicamentos antidepressivos ou ansiolíticos (13,8%). A repetência escolar pode ou não se relacionar à obesidade. Existem dados desfavoráveis quanto ao rendimento escolar de crianças obesas, sendo que alguns autores afirmam que o excesso de peso pode causar impacto deletério na função escolar e social (VEUGELERS & FITZGERALD, 2005; SWALLEN et al, 2005). Porém não se pode fazer afirmações sobre esta relação, devido aos vários fatores sociais e emocionais que interferem no processo de aprendizagem. Assim, os mesmos fatores emocionais que podem estar presentes na obesidade, como um fraco vínculo mãe e filho, também podem interferir nos processos cognitivos e intelectuais.

Estudos mostram que crianças obesas possuem um grande risco para desenvolverem problemas no campo emocional, tais como depressão, ansiedade e dificuldade de ajustamento social (VEUGELERS & FITZGERALD, 2005; SWALLEN et al, 2005). Observações clínicas postulam a associação entre a obesidade e depressão, todavia, não há consenso na literatura sobre as relações entre estes fatores. Isso deve ser cuidadosamente analisado, pois os sintomas depressivos podem interferir na vida da criança de maneira intensa (LUIZ et al, 2005). Além disso, é necessário enfatizar que alguns medicamentos usados para tratar depressão em pacientes podem promover ganho de peso como efeito adverso. Há

um grande número de artigos sugerindo que os antidepressivos tricíclicos podem causar ganho de peso. Por outro lado, alguns inibidores seletivos da recaptação de serotonina, tais como a fluoxetina, podem provocar perda de peso na fase aguda do tratamento. Há também indícios de que a Sertralina pode ser útil no tratamento de indivíduos obesos (MARKOWITZ, FRIEDMAN & ARENT, 2008).

A importância dos fatores psicológicos que podem estar envolvidos no surgimento e manutenção do excesso de peso em adolescentes precisa ser considerada na condução do tratamento destes pacientes (LUIZ et al, 2005; TORAL & SLATER, 2007). Porém, do ponto de vista da assistência e tratamento é preciso cautela no encaminhamento para atendimento psicológico, pois esta necessidade não é generalizada. Não há um padrão de personalidade dos indivíduos obesos e precisamos ter cuidado ao associar a eles certos traços de personalidade ou ao atribuir problemas emocionais. Porém, alguns destes pacientes apresentam sinais de sofrimento e requerem assistência quanto a isto (DAMIANI, DAMIANI & OLIVEIRA, 2002; CATANEO, CARVALHO & GALINDO, 2005).

Com relação ao horário de dormir, 43% dos adolescentes dormiam após as 22 horas e 27,6% dormiam menos do que as oito horas de sono recomendadas para a idade. Em estudo recente, foi observada a importância do sono para a saúde das crianças e para entender problemas de sobrepeso na infância (SNELL, ADAM & DUNCAN, 2007). Crianças que dormem menos apresentaram correlação positiva com sobrepeso e IMC mais alto cinco anos após a primeira avaliação. A duração do sono pode alterar o risco da obesidade por meio da secreção do hormônio de crescimento ou, já que o tempo de sono é reduzido, a criança fica mais exposta a fatores ambientais que promovem a obesidade, como ingestão alimentar a noite (REILLY et al, 2005).

Como resultado da aplicação do modelo de estágios de mudança do comportamento alimentar, 60,7% encontravam-se nos estágios iniciais do modelo (pré-contemplação e contemplação), nos quais os indivíduos não acham que têm algum problema e não demandam orientação nutricional e dieta. É importante nestes estágios desenvolver a conscientização do paciente para o problema, fazer surgir a demanda e motivá-lo para o tratamento (KRISTAL et al, 1999). Além disso, é importante estabelecer vínculo terapêutico e uma relação de confiança, evitando confrontos com os adolescentes. À medida que o paciente se move para estágios

mais avançados é aconselhável definir metas realistas e só então realizar as orientações nutricionais (KRISTAL et al, 1999). Assim, iniciar o tratamento destes pacientes prescrevendo uma dieta, provavelmente não irá surtir um resultado favorável.

Após a aplicação do questionário de conhecimentos sobre nutrição, encontrou-se 36,2% de adolescentes com conhecimentos médios, seguidos por 56,9% pacientes com resultado insuficiente. Somente quatro pacientes demonstraram ter um bom nível de conhecimentos sobre alimentação saudável. As questões que obtiveram maior número de acertos foram relativas aos alimentos mais ricos em gorduras e fibras. As questões relativas ao valor calórico dos alimentos apresentaram o maior número de erros.

A aplicação deste questionário de conhecimentos mostra a importância de investimentos em educação nutricional e evidencia que as escolas, os pais e a mídia têm transmitido mensagens insuficientes sobre hábitos alimentares saudáveis. De acordo com Triches (2004), estudos realizados com crianças e adolescentes não têm mostrado diferença significativa entre conhecimentos de nutrição de crianças obesas e eutróficas. Mas a autora enfatiza que as pesquisas que utilizaram educação nutricional como estratégia de intervenção, relataram aumento nos conhecimentos de nutrição e melhoria nos hábitos alimentares de jovens e seus familiares. O conhecimento das recomendações nutricionais é importante na escolha alimentar, mas outros fatores como atitudes positivas em relação à alimentação e o suporte social têm também grande influência (TORAL & SLATER, 2007).

Segundo informações dos pais ou responsáveis, para metade dos adolescentes o excesso de peso não era um fator que incomodava e eles não se preocupavam com a obesidade e suas consequências. Esta afirmação foi mais freqüente com relação aos adolescentes mais novos, de 10 a 12 anos. Em geral, parece que à medida que avançamos na faixa etária, os adolescentes tornam-se mais críticos em relação a si mesmos, e mais preocupados com relação a sua aparência. O incômodo com a imagem corporal é um dos fatores que podem mobilizar o indivíduo com sobrepeso a buscar um tratamento, além de interferir com sua auto-estima. Alguns estudos demonstram que pessoas obesas tendem a apresentar baixa auto-estima, afetando a performance escolar e os relacionamentos (LUIZ et al, 2005; DAMIANI, DAMIANI & OLIVEIRA, 2002). Porém, outro estudo

comparativo de adolescentes obesos e eutróficos utilizando a Escala Infantil Piers-Harris, não encontrou diferenças quanto ao auto-conceito e os sub componentes da escala: aparência física, atributos, popularidade, comportamento e satisfação (CATANEO, CARVALHO & GALINDO, 2005).

A metade dos adolescentes apresentou uma imagem distorcida do obeso, associando a esta imagem uma falta de amor próprio e uma vontade fraca. Esta imagem negativa pode ser resultado das mais diversas discriminações sociais, que incluem piadas e imagens irônicas. Isto pode afetar negativamente o humor ao longo do tempo e tornar-se uma ameaça para o auto-conceito (MARKOWITZ, FRIEDMAN & ARENT, 2008). É freqüente também ver os pais rotularem seus filhos em tratamento para emagrecer, como preguiçosos e sem força de vontade, conceito evidentemente incorporado pelas crianças. Todos estes aspectos podem gerar nos pacientes uma baixa estima e a sensação de serem realmente um fracasso (LUIZ et al, 2005). Esta expectativa de que o adolescente vai fracassar em seu tratamento pode comprometer sua adesão às orientações.

Entre os adolescentes analisados 56% relataram já ter feito dieta antes, sem sucesso. Também entre os pais ou responsáveis entrevistados 58,6% já fizeram dieta e 22,4% estavam fazendo dieta naquele momento. Um terço (27,6%) destes pais já fez uso de medicamentos para emagrecer. A literatura mostra que a experiência de fazer dieta sucessivamente está associada com depressão e que a falha neste tratamento pode ter um efeito deletério sobre o humor (MARKOWITZ, FRIEDMAN & ARENT, 2008). As tentativas frustradas de perda de peso atrapalham novas abordagens e é preciso discutir com os pacientes esta experiência anterior a fim de motivá-los para o tratamento. Além disso, o fato de um número significativo de pais estar fazendo dieta atualmente e de um terço deles já ter feito uso de medicamentos para emagrecer, nos leva a refletir sobre as dificuldades pessoais destes pais e no reflexo destas dificuldades no tratamento dos filhos.

Segundo Mello, Luft & Meyer (2004a), o manejo da obesidade na infância e adolescência pode ser ainda mais difícil do que no adulto, uma vez que estes pacientes dependem da escolha de alimentos dos pais, associado a uma falta de entendimento quanto aos danos que a obesidade pode lhes trazer. Compreender os mecanismos pelos quais estes fatores relacionados à obesidade se instalam no

início da vida e persistem na vida adulta pode ser a chave para a prevenção da doença (REILLY et al, 2005).

A identificação e avaliação de cada um destes fatores citados possibilitou a reflexão sobre os mesmos. Isto trouxe subsídios para melhorar a observação a respeito de cada adolescente, numa individualização do tratamento. Conhecer melhor estes pacientes pôde ajudar a estabelecer estratégias de tratamento mais adequadas. O delineamento deste perfil dos adolescentes orientou também a busca de conhecimentos teóricos nas disciplinas de ciências humanas e sociais.

A definição de uma abordagem que objetive o controle da obesidade atingirá melhores resultados quanto mais esta se apoiar no conhecimento dos profissionais, acerca da população à qual se destina, em termos de suas características, seus conhecimentos e atitudes em relação à doença e seu tratamento.

5.3 Os Conhecimentos e Dificuldades dos Adolescentes Quanto à Obesidade

Foram realizados oito grupos focais com os adolescentes. Como era de se esperar, nos grupos com adolescentes de 15 a 19 anos ocorreu maior interação e trocas muito produtivas. Não se percebeu tentativas de monopolização do assunto, ao contrário, houve interesse de todos em partilhar sentimentos e muita solidariedade com relação às dificuldades citadas. Já nos grupos de 10 a 14 anos houve grande timidez inicial e alguns adolescentes quase não expressaram suas opiniões. No entanto, o moderador procurou incentivar a participação de todos através de exemplos e estórias com o intuito de deixá-los mais à vontade. Com relação ao gênero, as meninas falaram muito mais que os meninos, em todos os grupos.

As impressões sobre a vida familiar de cada adolescente, bem como as opiniões mais significativas deles durante as consultas individuais foram registradas no caderno de campo. Anotou-se também os fatos que chamaram muito a atenção e as atitudes que se repetiram muito ou se destacaram por serem únicas.

Os grupos foram realizados em uma sala que propiciava privacidade, porém a presença de um observador para o manejo do gravador pode ter inibido a

expressão de alguns adolescentes. Em dois grupos houve ruído causado pelo trabalho de reforma na unidade. Isso incomodou e desviou a atenção dos meninos, além de reduzir o tamanho das falas. Desta forma, pode ter havido prejuízo na interação do grupo na medida em que dificultava a atenção e a compreensão.

Os dados obtidos durante o processo de realização dos grupos de adolescentes e aqueles retirados do caderno de campo foram agrupados em três temas principais. O quadro 3 traz a síntese destes temas, com suas categorias e subcategorias, para permitir uma visão melhor dos resultados.

Apresenta-se a seguir, a análise realizada a partir das categorias encontradas, em articulação com estudos de outros autores. Os temas e categorias que emergiram da fala dos entrevistados apontam para as dificuldades no enfrentamento da obesidade e para as percepções dos pacientes a respeito da obesidade e da alimentação.

SOBRE A OBESIDADE

Os adolescentes ficaram divididos entre a visão de que a obesidade é fruto do estilo de vida e a de que é causada por questões emocionais ou por fatores hereditários. Mas foram unânimes ao discorrer sobre as interferências sociais do excesso de peso, descrevendo o preconceito, a exclusão social e as dificuldades com o vestuário e auto-estima. Apenas uma adolescente citou o prejuízo para a saúde e duas relataram o baixo condicionamento físico como consequência da obesidade.

Causas

A39 - Comia muito, demais... Eu não sabia que comer tanto assim fazia mal.

A58 - Eu nasci com falta de peso, aí minha me dava fermento pra eu pegar peso, por isso eu fiquei assim.

A54 - E às vezes também se a pessoa tiver tendência, na família, como eu. E eu também sou muito ansiosa, então são várias coisas que proporcionam.

Quadro 3: Conhecimentos, dúvidas e problemas dos adolescentes participantes da pesquisa na URSS entre Junho/2006 e Junho/2007 – Belo Horizonte, MG

Temas	Categorias	Subcategorias
Obesidade	Causas	<ul style="list-style-type: none"> • Estilo de vida • Tendências genéticas • Emocionais
	Conseqüências	<ul style="list-style-type: none"> • Discriminação e preconceito • Exclusão social • Dificuldades com o vestuário • Prejuízo da auto-estima • Prejuízo da saúde
Alimentação	Alimento conforto	<ul style="list-style-type: none"> • Substituto
	Compulsão alimentar	<ul style="list-style-type: none"> • Comer porque é bom • Fome x vontade de comer
Tratamento	Expectativas	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar aparência física • Emagrecer • Solução mágica
	Impactos	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento da disposição • Socialização • Mudanças no estilo de vida • Perda de peso • Satisfação • Desejo de continuar
	Sentimentos quanto ao tratamento	<ul style="list-style-type: none"> • Frustração • Impotência • Esperança • Ansiedade • Valorização
	Sentimentos após emagrecer	<ul style="list-style-type: none"> • Felicidade • Motivação • Alívio • Insegurança
	Facilitadores do tratamento	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfação com o tratamento • Características do adolescente • Apoio social e familiar • Motivações • Estratégias positivas
	Dificuldades no tratamento	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de apoio social e familiar • Características do adolescente • Acesso ao atendimento • Exposição ao ambiente obesogênico • Conduta negativa do profissional de saúde • Conciliar tratamento e outras atividades • Relações familiares conflituosas

A obesidade é um reflexo da mudança nos padrões de comportamento da sociedade nos últimos anos, expressa principalmente pelo sedentarismo e preferência por alimentos industrializados e ricos em gordura (WHO, 1998; BRAY & POPKIN, 1998). Fatores genéticos e emocionais estão envolvidos também na etiologia da obesidade, devendo ser considerados (ROSENBAUM & LEIBEL, 1998). No entanto, a simplificação do problema pode comprometer a demanda para o tratamento, ao desconsiderar que o estilo de vida desempenha um importante papel na doença.

A falta de compreensão da complexidade de causas da obesidade é comum entre pacientes obesos. Muitos atribuem o excesso de peso a fatores externos a eles. Em trabalho que utilizou grupo focal com pré-adolescentes, Dixey et al (2001), identificaram que os entrevistados acreditavam que existe uma obesidade natural e que nada se pode fazer para seu tratamento. Deste modo, existe a possibilidade de que ao transferir a culpa da obesidade para um fator externo, o paciente tenha mais dificuldade de se implicar no tratamento.

Consequências

Diversos estudos têm mostrado as conseqüências da obesidade para a auto-estima dos pacientes (FREITAS et al, 2006). Os adolescentes pesquisados lutam com o preconceito e o estigma de ser obeso, conforme podemos notar nos relatos abaixo:

A33 - O problema é o preconceito que as pessoas têm, em vez de conhecer a gente por dentro elas olham a aparência, sabe? Esse negócio de piadinha me deixa super triste e chateada, e é nesse ponto que mais me magoa, que mais me fere.

A39 - Estou me sentindo né... Meio assim... Desajeitado!

A41 - Quem é gordinho assim não consegue um namorado.

Em recente estudo qualitativo sobre a opinião de crianças e adolescentes obesos, Murthag e colaboradores (2006) enfatizam que a intimidação, crítica ou o assédio moral exercem efeitos negativos sobre auto-estima destes pacientes. Deste modo estes meninos acabam tendo sua vida social limitada, conforme atestam as falas abaixo:

A25 - Dentro de casa nada me incomoda, só não quero sair de qualquer jeito. Em casa eu visto roupa justinha, short. Mas quando vou sair eu arrumo já uma blusa grande.

A29 - Ninguém me olha, ninguém fala que estou bonita. Ah, nem... Gordo é ruim demais!

De acordo com Murthag, Dixey & Rudolf (2006), a intimidação, crítica ou o assédio moral foram importantes fatores que levaram ao desejo de emagrecer. Seria importante levar estes adolescentes a enxergarem o preconceito como um fator motivador, ao invés de ficarem somente lamentando o estigma.

De todos os problemas dos adolescentes causados pelo excesso de peso, a vergonha foi a questão trazida com maior ênfase. Em concordância com o estudo de Dixey et al (2001), somente as meninas relataram as dificuldades com o vestuário como uma das questões mais pertinentes:

A36 - Quando você vai comprar roupa e nada serve ou não tem do seu tamanho.
A16 - Tem que usar roupa de adulto.

A preocupação com as roupas que julgam não poder usar ficou marcada na fala das meninas. Elas manifestaram o desejo de poder usar roupas da moda, mas não o fazem por vergonha. Este poderia ser um ponto explorado como propulsor do desejo de mudança nestas pacientes.

Poucos adolescentes conseguiram perceber o prejuízo para a saúde e a diminuição da resistência física causados pela obesidade. Na verdade, este fato só apareceu após algum tempo de tratamento.

A33 - Ah, sim, quando eu estou subindo uma escada, só falto morrer!
A29 - Às vezes a pessoa gordinha fica em depressão e tem problemas de saúde.

O sobrepeso e obesidade na infância e adolescência podem ter um impacto significativo na saúde tanto física como psicológica (DEHGHAN, AKHTAR-DANESH & MERCHANT, 2005). A obesidade está associada a alterações metabólicas importantes, que são dependentes de sua duração e de sua gravidade (ESCRIVÃO et al., 2000).

Em estudo com 300 adolescentes, Dixey et al (2001) concluíram que os mesmos afirmaram não serem os gordos necessariamente doentes, especialmente se elas nasceram assim ou se são somente musculosas ou fortes. Os adolescentes precisam ser conscientizados quanto às conseqüências da obesidade para que possam fazer o balanço decisório com subsídios.

SOBRE A ALIMENTAÇÃO

Alimento conforto

A utilização do alimento como substituto para o afeto ou suporte para emoções negativas foi assim expressa:

A49 - Ah, porque quando eu como eu me sinto melhor, eu acho.
A33 - No momento que a gente está comendo, a gente se esquece de tudo e só come.
A29 - Ah, você quer um negócio pra você descontar, aí você desconta na comida. Depois que você come, vem o arrependimento de ter comido.
A2 - A emoção, a ansiedade, tudo atrapalha. Se alguma coisa vai mal, aí desanda tudo.
A24 - Ah, quem usa droga fala, eu me drogo pra esquecer, eu bebo pra esquecer. A mesma coisa é a comida, eu gosto de comida, né? Eu como pra esquecer.

Dentre os fatores que influenciam o comportamento alimentar, as necessidades e características psicológicas exercem grande influência (JOMORI, PROENÇA & CALVO. 2008). Para muitos pacientes obesos o alimento troca de lugar com o amor. A fartura alimentar parece dar sensação ilusória de completude e de amor incondicional. É importante investigar as relações primárias destes pacientes para compreender a obesidade (FREITAS et al, 2006).

Um exemplo disto seria o caso de uma adolescente com grande excesso de peso, filha única e cujo tratamento não produziu nenhum efeito físico. Ela expressou-se assim:

A14 - Eu quase não vejo minha mãe e queria muito que ela se sentasse comigo para comer, pelo menos no domingo.

A mãe desta adolescente trabalhava muito para sustentar a filha, sem contar com a presença do pai. Para Freitas et al (2006), a sociedade capitalista retira das mães o tempo de dedicação aos filhos, contribuindo para que estes tenham dificuldade em diferenciar amor e alimento.

Compulsão alimentar

A27 - É difícil porque nosso corpo fica tentando a gente com a alimentação.
A24 - Quando eu cheguei tinha sobrado enrolado, aí eu fui lá e comi. Só depois é que eu pensei que eu já tinha comido. Então, é tipo uma vontade de ir ao banheiro, incontrolável.

O funcionamento psíquico do indivíduo que tem compulsão alimentar é semelhante ao do bebê que chora até que a mãe alivie seu desconforto (FREITAS et al, 2006). Ele busca no alimento a solução para o seu problema e confunde sensação de fome com sentimentos (PEREZ & ROMANO, 2004). O apetite é um movimento psíquico que busca sempre uma satisfação. Por isso, inibir o apetite

como um ato de fora para dentro, que não implique o sujeito, terá efeitos pouco consistentes. Estas questões precisam ser consideradas no decorrer do tratamento da obesidade, pois a compulsão alimentar é citada como uma das principais barreiras para a adesão (ELFHAG & ROSSNER, 2005).

Os adolescentes poderiam ser incentivados a identificar o problema da compulsão alimentar e buscar estratégias de enfrentamento para as situações. Apesar de ser difícil, admitir que o problema existe já ajuda no seu controle. Pensar nas vantagens do emagrecimento e investir na mastigação, também podem ajudar.

Alguns adolescentes assumiram que comem muito simplesmente porque comer é bom. Mas é interessante notar que eles conseguem refletir sobre a diferença entre fome e apetite:

A49 - Ah, eu não sinto nada assim não. Eu como porque é gostoso. Ontem eu comi assim, porque eu tinha comprado.

A20 - Fome é quando come porque tem necessidade de comer, porque precisa, tem que comer. Mas vamos supor, ficar beliscando, isso é vontade de comer.

Enquanto a fome é a expressão biológica da necessidade de nutrientes do organismo, o apetite está ligado ao psíquico. É possível comer sem ter fome, mesmo na ausência de problemas emocionais. A satisfação da vontade de comer traz uma recompensa imediata de prazer. Neste momento é preciso que o adolescente seja levado a fazer um balanço decisório entre esta recompensa imediata e as vantagens que obterá ao aceitar limites na alimentação.

SOBRE O TRATAMENTO

Expectativas

A maioria dos entrevistados citou o desejo de emagrecer e de melhorar a aparência física como as principais expectativas quanto ao tratamento:

A17 - Gostaria de mudar, eu ia ficar mais alegre e minha família ia gostar mais.

A36 -....poder entrar numa loja e comprar a roupa que eu quiser

A33 - Eu quero emagrecer mesmo e me sentir bem, ir numa festa ou num barzinho e os meninos me olharem.

Alguns percebem claramente que o tratamento da obesidade deve ser feito com a preocupação de preservar a saúde e obter resultados que se perpetuam:

A29 - Mas é preciso emagrecer com saúde. Porque aqueles remédios pra emagrecer, você engorda tudo de novo, o dobro.

Porém, alguns adolescentes demonstram o desejo por uma solução mais fácil e mágica:

A37 - Se tivesse assim uma mágica, eu queria dormir gordinha e acordar magrinha. Não sei o que é, eu não emagreço.

A expectativa por uma solução mágica dificulta o tratamento quando aparece como uma opção mais fácil, sem necessidade de viver limites. É importante refletir com o paciente quanto à inexistência desta opção. Também é importante visualizar com ele outras vantagens da mudança alimentar, para que ele possa manter-se motivado.

Impactos

Dentre os impactos do tratamento citados estão as mudanças no estilo de vida, perda de peso com melhoria da aparência, socialização e aumento da disposição física:

A34 - Porque o corpo fica leve e aí ajuda em tudo, a correr, nadar, subir escada...
A36 - Mudou muita coisa, em todo lugar que eu vou as pessoas falam que eu emagreci. Antes eu ficava só em casa, agora eu saio.
A23 - Mudou pra melhor, pois antes eu não brincava, ficava só em casa, comendo um biscoito. Agora eu posso falar que eu tenho prazer mesmo de jogar bola.
A16 - Mudei, eu comia demais e agora eu manerei. Tô comendo menos e não estou sentindo tanta fome. Eu acho que vai dar certo!
A51 - Eu comia dois pratos antes, hoje como só um. Mudou a minha força de vontade. Agora eu vou emagrecer, comer só um tiquinho, só. E dá pra ficar satisfeita.
A29 - O refrigerante eu consegui, parei, eu era assim, mas o olho grande diminuiu.
A29 - Vai, já está sendo bom porque ele me deixa assim, com a estima lá no alto

Percebeu-se neste estudo que os impactos no condicionamento físico foram mais importantes para os meninos, enquanto que as meninas citaram mais a aparência física. Estes diferenciais podem ser usados na individualização do tratamento.

Atingir parte dos objetivos leva a uma satisfação e ao reconhecimento social, com conseqüente desejo de continuar. Porém, muitos pacientes que não emagreceram citaram a mudança na disposição para o tratamento como um ganho importante:

A33 - mesmo sem perder peso, como eu vejo que estou melhorando, então eu continuo fazendo.
A58 - Mudou muita coisa. Antes eu não tinha vontade.

Sentimentos quanto ao tratamento

Muitos adolescentes demonstram sua frustração e impotência com a falta de resultados visíveis:

A52 - Eu estou naquele efeito sanfona, emagrece e engorda... esta sou eu!

Mas à medida que o processo do tratamento avança, eles passam a acreditar que pode dar certo, apesar de cultivarem a ansiedade pelos resultados medidos apenas na balança:

A46 - Acho que agora vai dar certo, que eu vou emagrecer.

A20 - Ah, na mesma hora que é bom, é ruim. Eu fico pensando será que ela vai dar os parabéns? Será que ela vai falar que eu engordei?

Chamou a atenção a fala de uma adolescente ao expressar uma valorização do tratamento, conseguindo separar os resultados imediatos e em longo prazo:

A49 - Pelo menos não me deixa esquecer, porque se eu não estivesse aqui eu não estaria nem pensando em fazer dieta e estaria comendo mais e engordando mais. Antes eu engordava mais, depois que eu comecei aqui eu engordei menos.

O emagrecimento deve ser visto como uma consequência da mudança alimentar. É importante incentivar as crianças e adolescentes a reconhecerem as conquistas realizadas, não-relacionadas com o peso, por exemplo, a fixação em um objetivo como aumentar o seu consumo diário de frutas e vegetais. Contudo, pode ser que o fato de iniciar uma alimentação saudável irá eventualmente resultar em perda de peso. A concretização de tais metas deve ser altamente elogiada de forma que os pacientes sintam que estão progredindo num sentido positivo, mesmo se o seu peso permanece estático.

Sentimentos após emagrecer

Como era de se esperar, emagrecer trouxe alívio, felicidade e motivação para continuar. Mas a insegurança e o medo de recuperar o peso também apareceram:

A29 - Estou feliz, mas com um pouquinho de medo, mas só seguindo mesmo, né? Não fazer bobagem de novo, ter responsabilidade.

A54 - Eu estou tão contente que emagreci e meu número abaixou. Eu ia comprar uma calça largona, aí ela disse que seria um número menor. Nossa, foi muito legal!

A7 - Agora eu tô vendo que está dando certo, agora eu tenho que continuar mesmo.

A16 - Perder peso foi um alívio!

Facilitadores do tratamento

Durante as sessões de grupo focal, vários fatores que podem facilitar o tratamento emergiram da fala dos adolescentes, tendo ficado muito clara a necessidade de identificar e investir nestes fatores para melhorar a adesão.

Satisfação com o tratamento

O vínculo com o profissional de saúde e a satisfação com o tratamento têm papel fundamental sobre a adesão:

A32 - Eu gosto daqui porque me ensina a gastar as calorias. Você ensina a comer o que é certo, perder peso, você vai ensinando e em casa eu fico lembrando...

A36 - Aí aqui a nutricionista falou pra eu ir diminuindo aos pouquinhos, então eu to conseguindo. Eu estou acostumando. Antes ela me mandou tirar tudo de uma vez, agora não, está mais fácil.

De acordo com Murthag, Dixey e Rudolf (2006), em quase todos os casos que eles avaliaram, a força motriz da criança para perder peso foi a ação de uma figura influente ou modelo. Esta figura pode ser o profissional que conduz o tratamento, um dos pais ou ainda alguém externo à família.

No decorrer do tratamento, o profissional de saúde deve usar uma linguagem compreensível e simples, adequada à realidade e que tenha como ponto fundamental o indivíduo, buscando conhecer as suas necessidades em relação à doença. Este profissional deve atuar como agente facilitador e mobilizador, para melhorar as condições de vida das pessoas. O clima de respeito que nasce de relações cordiais, sérias e generosas possibilita a formação do espaço pedagógico.

A convivência com outros adolescentes que partilham da mesma situação mostrou-se benéfica também:

A29 - Pra mim está sendo muito importante porque você vai conhecendo os problemas das outras pessoas e vê que não é só com você.

A33 - Eu vi gente nova quando vim pra cá. Acho que isso também foi me motivando.

No seu processo de busca da identidade o adolescente transfere a dependência dos pais para a turma. Essa tendência grupal assume grande importância na adolescência. Todos vivenciam a mesma crise, os mesmos questionamentos. Isto torna cada componente menos frágil, menos solitário, fortalecendo-se a auto-estima (SAITO & SILVA, 2001). A obesidade gera isolamento e sentir-se pertencer a um grupo facilita a inclusão em outros grupos.

Atitudes do adolescente

Algumas atitudes dos adolescentes parecem ter um impacto favorável no tratamento. Deste modo, tomar a decisão de emagrecer, aceitar os limites impostos pelo tratamento e desenvolver a força de vontade foram características decisivas para alguns:

- A4 - Se eu quero emagrecer, eu tenho que ir atrás do que eu quero. Eu não posso esperar os outros fazer por mim.*
- A36 - Eu estava cansada de ser humilhada, então pensei, vou mudar.*
- A07 - Acho que está dando certo porque agora eu to assim...Eu quero fazer isso.*
- A28 - Acho que eu vou conseguir, mas tenho que esforçar mais, querer mais.*
- A36 - Ah no começo eu achava chato, mas agora eu acostume.*
- A50 - A minha mãe fala essas coisas, pra eu não comer muito... na hora que ela fala eu sinto que ela gosta da gente, né?*
- A2 - Ter força de vontade e fazer por onde. Antes eu tinha vontade de emagrecer, mas não fazia nada pra isso. Ter vontade desse jeito não adianta.*

Alguns entrevistados conseguem perceber que amadureceram durante o processo do tratamento, conforme as falas abaixo:

- A41 - Antes eu descontava bastante na comida e mesmo assim eu não achava que ficava melhor. Agora eu não desconto mais não, eu paro e penso: descontar pra que?*
- A54 - Eu tenho muito apoio. Mas antes, quando eu era menor, não adiantava nada porque eu não queria. Mas agora eu quero.*
- A29 - Eu acho que a gente vai ficando mais velha e vai criando mais maturidade. Às vezes quer sair, ficar mais bonita, entendeu? Então tem várias coisas que levam a mudar.*

A decisão de agir e a mudança na disposição para melhorar o estilo de vida têm sido consideradas importantes no tratamento da obesidade (MURTHAG, DIXEY & RUDOLF, 2006). O processo de aprendizagem é bastante complexo e pode-se dizer que esta ocorre quando uma pessoa manifesta aumento da capacidade para determinados desempenhos e abandona conceitos anteriores arraigados. Mas também se pode afirmar que ocorre aprendizagem quando uma pessoa manifesta alteração de disposições, tais como atitudes, interesses ou valores (GIL, 2005). Uma atitude positiva e confiante frente ao tratamento pode facilitar a incorporação das mudanças no estilo de vida.

Apoio social e familiar

O apoio social inclui a participação da família no tratamento e o uso de uma abordagem positiva no diálogo com o adolescente:

- A29 - Se eles te apoiarem, você vai ter mais força de vontade do que você ir sozinha.*
- A49 - Minha mãe falou que no final do ano, quando eu estiver magra, ela vai lá fazer compras pra mim, comprar umas roupas.*
- A07 - Eu preferia ficar em casa vendo TV, ao invés de sair. Minha mãe quis me colocar em um monte de coisa: Hip Hop, coisas assim. Agora eu animo pra sair.*
- A32 - Lá em casa é assim, minha mãe não compra mais biscoito recheado, não faz doce, esses trem lá em casa, diminuiu bastante.*
- A14 - Pararam de comprar refrigerante e todo mundo começou a tomar suco com adoçante. Está todo mundo comendo mais fruta, todo mundo está ajudando.*
- A54 - Eu tenho muito apoio. Então o meu pai está caminhando comigo, minha mãe não faz mais fritura. Todo mundo ajuda.*

A família precisa proporcionar um ambiente adequado para as mudanças no estilo de vida. Estudo recente que avaliou a opinião de adolescentes quanto às dificuldades no tratamento da obesidade afirma que a decisão de agir, embora importante, não foi o aspecto mais difícil do processo de mudança comportamental. O verdadeiro desafio foi mantê-la. As crianças identificaram a necessidade de apoio social para conseguir seus objetivos (MURTHAG, DIXEY, & RUDOLF, 2006).

Motivações

A vida social e os relacionamentos podem exercer efeito positivo para motivar ao tratamento. Os adolescentes citaram também o fato de estabelecerem planos futuros e metas como um potencial motivador:

- A4 - Quando eu terminei o namoro, eu comi pra caramba. Agora que eu voltei, estou comendo menos.*
- A54 - Namorar também ajuda porque quando eu tava namorando eu não comia muito pra não engordar.*
- A29 - Tem a festa de 15 anos da minha prima e eu não quero sair gorda nas fotos, então isto ajuda também. Eu fiquei empolgada para dançar a valsa com um vestido lindo.*
- A49 - Está chegando a minha formatura e eu queria emagrecer para poder usar um vestido. Pensar nesse vestido vai me ajudar e em várias roupas que eu não posso usar.*

A preocupação com a saúde foi o gatilho que trouxe alguns entrevistados para a realidade do cuidado com a alimentação:

- A07 - Eu quero emagrecer, tem minha saúde, eu quero o melhor pra mim.*
- A4 - O meu colesterol subiu, então eu tinha toda a necessidade de mudar radicalmente. Agora minha saúde está em jogo, então vou mudar, eu tenho que me movimentar.*

Os primeiros resultados positivos também interferem no progresso do tratamento, aumentando a motivação:

- A57 - Quando a gente tá emagrecendo, a gente quer emagrecer mais ainda...*
- A20 - Quando você está emagrecendo e alguém nota, nossa, você ganha o dia!*

Estratégias positivas

Alguns adolescentes citaram as estratégias que utilizam para avançar no tratamento, como evitar ficar perto do alimento e buscar formas de tornar a atividade física mais agradável:

- A4 - Me deu uma vontade grande de comer doce, eu peguei uma colher de sobremesa, comi e saí de perto, para não comer mais.*
- A36 - Quando eu ficava assim nervosa ou via os outros comendo, eu saía pra rua, pra não comer também. Eu ouço musica o dia todo e esqueço a comida assim por uns segundos, porque aí vontade passa.*
- A41 - É difícil, fico nervosa e dá vontade de comer. Aí envolvo com outra coisa, vou conversar e esqueço. Não desconto na comida mais não.*
- A24 - Academia é mais gostoso porque tem um bocado de amigo meu também que faz.*
- A4 - Como eu gosto muito de som e não tinha ninguém pra caminhar comigo, eu levei meu radinho. É como se tivesse alguém comigo, eu acho divertido!*

É importante descobrir quais fatores poderiam exercer efeito positivo no tratamento de cada adolescente obeso, de modo a intensificar o foco em cada um deles. O profissional de saúde precisa estar atento a estes detalhes para manter o paciente motivado.

Dificuldades no tratamento

Falta de apoio social e familiar

As atitudes negativas dos familiares, tais como ofensas e piadas só dificultam a vida dos adolescentes obesos. Além disso, quando o adolescente tem que conviver com uma oferta diária de alimentos calóricos em casa e na escola torna-se muito mais difícil para ele manter-se dentro dos seus objetivos:

- A49 - Meu pai me ofende. Às vezes eu to comendo alguma coisa e ele fala que eu vou estourar, explodir. Aí eu acho que vou explodir mesmo e como mais.*
- A33 - Tem dias que eu já estou ruim, eles vão lá e me colocam pior ainda.*
- A37 - Tem hora que ele atrapalha porque volta do serviço e traz pastel, coisa que engorda. Aí eu como e me atrapalha.*
- A34 - Às vezes a sua mãe sabe que você ta fazendo regime e sabe que você não pode comer e vai lá e compra ou faz.*

Na conversa com muitos adolescentes percebeu-se que a realidade em casa é caracterizada por uma falta de organização do universo alimentar. Muitas vezes não há horários estabelecidos para as refeições e cada membro da família escolhe um horário mais conveniente. Além disso, não se come sentado à mesa e a família não se reúne para tal fim.

O adolescente não deve ficar exposto aos alimentos calóricos e a comida não deve ser usada como prêmio em casa. Muitas famílias esperam que o adolescente emagreça, mas continuam se alimentando de acordo com seus valores e preferências, nem sempre saudáveis.

De acordo com Murthag, Dixey e Rudolf (2006), a gratificação em longo prazo é irreal para crianças e adolescentes, sem uma fonte de apoio contínuo e motivação, alavancas identificadas como sendo de extrema importância.

Dois adolescentes expressaram a opinião sobre o fato da família fazer diferença entre a alimentação deles e dos outros membros:

A27 - Pôxa, eles (a família) podiam manter uma alimentação mais saudável também, ajudaria até no colesterol.
A34 - Eles podiam ajudar fazendo a mesma coisa, a dieta.

Na adolescência, as práticas alimentares refletem valores apreendidos na família e o adolescente percebe a incoerência entre o que lhe é ensinado e o que ele vê na prática. Independente de haver ou não um problema de excesso de peso, a alimentação saudável é fundamental para o bom funcionamento e o equilíbrio do organismo.

Características do adolescente

Algumas características dos adolescentes emergiram como fatores que dificultam o tratamento, tais como a falta de confiança na competência própria para fazer mudanças:

A56 - Eu preciso ter força de vontade. Mas tem coisas que são maiores que eu.
A17 - Força de vontade foi pouca, quase nada, na verdade nem existe...

A auto-eficácia pode ser definida como a crença de uma pessoa em sua capacidade de realizar ou de ter êxito em uma tarefa específica (MILLER & ROLLNICK, 2001). Este é um fator psicológico que tem influência na mudança de hábitos, ou seja, a confiança que ele tem em si mesmo com relação à sua habilidade de fazer escolhas saudáveis (TORAL & SLATER, 2007). A auto-eficácia é um elemento-chave na motivação para mudança e precisa ser desenvolvida junto com o adolescente.

A ausência de demanda para o tratamento também apareceu como um fator a ser trabalhado:

A52 - Acho que esse é meu problema, eu não ligo pro que os outros pensam de mim. Acho que se eu ligasse eu ia preocupar mais.

A24 - Eu não, eu coloco short, saio sem blusa. Eu não ligo pra isso não.

O adolescente freqüentemente se expõe a situações de risco inerentes ao processo de formação de sua identidade adulta. Estes riscos podem ser agravados pelo fato dele se sentir indestrutível, imortal. É possível ajudar o jovem a vivenciar este processo com responsabilidade, através do desenvolvimento da auto-estima. O adolescente precisa desenvolver uma demanda e se implicar no tratamento. Neste ponto entra a necessidade do diálogo, da discussão dos pontos de vista, do resgate dos valores e da manutenção da autoridade, sem autoritarismo (SAITO & SILVA, 2001).

O desejo de manter um estilo de vida sedentário e a compulsão alimentar também aparecem como fatores que dificultam a adesão:

A49 - Eu ficava dentro de casa, via as coisas de comer e me dava vontade. Não queria fazer nada, não tava fazendo exercício físico nenhum.

A39 - Ah! De noite me dá uma fome, né.....é fome de comer as coisas erradas.

A postura que o adolescente assume quanto aos limites sugeridos pelos pais também faz diferença:

A22 - Minha mãe põe pouca comida, mas eu acho ruim com ela e fico com raiva.

Uma paciente expressou seu sentimento de insegurança sobre o resultado do possível emagrecimento:

A49 - Às vezes eu fico com medo! Eu to cheia de estrias, será que vai sumir, e se não sumir? Eu não sei o formato do meu corpo, eu nunca fui magra. Então será que eu vou ficar legal?

Alguns estudos que analisaram a relação entre obesidade e imagem corporal mostram que indivíduos obesos não apreciam seus corpos ou distorcem suas percepções sobre eles, enquanto outros verificaram que nem sempre predominou uma auto-imagem negativa (CATÂNEO, CARVALHO & GALINDO, 2005). Desta forma, ressalta-se a necessidade de se investigar se cada indivíduo em tratamento apresenta sinais de sofrimento e requer assistência quanto a isto.

O incômodo com a imagem corporal é um dos fatores que podem mobilizar o indivíduo com sobrepeso a buscar um tratamento. No entanto, é

necessário avaliar qual o papel que a obesidade está desempenhando na vida do paciente.

O desejo de resultados rápidos também aparece como fator dificultador e desmotivador:

A21 - Vai demorar muito... A gente desanima...

Poucas mudanças comportamentais relacionadas com a saúde têm benefícios notáveis de curto prazo, e assim a motivação para trabalhar no sentido de um objetivo de longo prazo está constantemente sendo confrontada com as recompensas imediatas de um estilo de vida pouco saudável. A perda de peso lenta revelou-se um obstáculo, sendo que o prazo necessário foi considerado demasiado longo para alguns adolescentes que ficam atraídos pela gratificação imediata do estilo de vida não saudável. A frustração da perda de peso em tempo longo foi evidente também no estudo de Murthag, Dixey & Rudolf (2006). Para estes autores, é importante que o paciente obeso não se fixe sobre a taxa de perda de peso por si só, já que esta poderá resultar em frustração e cessação de todas as mudanças positivas que já foram feitas.

Acesso ao atendimento

O deslocamento, a distância e o horário da consulta foram identificados como fatores que desmotivam. As dificuldades de acesso ao tratamento precisam ser consideradas no planejamento das ações de saúde, de modo a facilitar a adesão. O acolhimento do serviço de saúde pode também ajudar o paciente a sentir que vale a pena seu esforço em se deslocar para o atendimento. Durante nossa pesquisa, alguns pacientes que estavam com muita dificuldade de se deslocar até a URSS foram agendados para continuar os atendimentos em uma unidade de saúde mais próxima. Outros tiveram o turno das consultas modificado, para se adequar ao turno de aulas. Isto garantiu que eles continuassem o tratamento, sendo que dois deles até receberam alta.

Exposição ao ambiente obesogênico

A17 - Acho que é quando você tá empenhada na dieta e tem um tanto de coisas que você não pode comer: tem doce, tem salgado, tem refrigerante. É tentação demais!

A37 - Quando tem refrigerante na geladeira eu vou lá e tomo toda hora.

A32 - Mas só porque a gente viu, a gente quer...

A28 - Nossa, eu vejo um chocolate na cantina, dá vontade de ir lá e comprar!

A pequena disponibilidade de alimento saudável na escola e área de residência foi uma barreira percebida pelas crianças no estudo de Murthag, Dixey & Rudolf (2006). Desta forma, torna-se importante estabelecer ações que propiciem o acesso destes jovens ao alimento saudável, tais como leis sobre a cantina nas escolas.

De forma diferente do resultado encontrado em outro estudo (LAPPALAINEN & SABA, 1997), os adolescentes não manifestaram que a pressão dos amigos ou a necessidade de conviver com eles em lanches é um problema para comer de forma saudável. Parece que nesta faixa econômica há outras coisas que têm maior importância.

Conduta negativa do profissional de saúde

A36 - Antes, a médica só me xingava. Então sempre que eu voltava, eu estava mais gorda ainda. Ela me deu uma dieta logo na primeira consulta, e eu não gosto de dieta.

A54 - Quando tinha 6 anos eu fui, mas eu odiava porque ela só brigava.

A17 - Era assim mesmo, mas não adiantava nada. Era pior e eu não conseguia.

A51 - Pôxa, ela tinha que ver que a gente está tentando fazer alguma coisa.

A relação conflituosa com os profissionais de saúde é uma grande barreira ao sucesso do tratamento de qualquer doença crônica. Para educar em saúde é necessário ter a convicção de que a mudança é possível e conseguir transmitir isso ao paciente (FREIRE, 1996). Fornecer feedback é uma estratégia importante do processo de aprendizagem.

As cobranças excessivas, brigas e discussões com os pacientes além de não contribuírem para o sucesso do tratamento criam uma barreira à formação do vínculo entre profissional e paciente. Desconsiderar os esforços e desvalorizar as pequenas conquistas também prejudica a adesão ao tratamento. No estudo de Murthag, Dixey & Rudolf (2006), experiências negativas da dieta foram identificadas como uma barreira à ação. A maioria dos participantes atribuiu o fracasso de perda de peso a regimes excessivamente rigorosos. Este autor afirma que para obter sucesso em longo prazo é imperativo que a criança obesa receba contínuo incentivo em trabalhar no sentido flexível, sendo regularmente reavaliadas quanto ao comportamento e metas.

Os profissionais de saúde precisam compreender que ensinar exige segurança, competência profissional e generosidade. O fundamental no aprendizado

é a construção da responsabilidade e da liberdade que se assume. Jamais se deve falar impositivamente. Deve-se escutar o educando em suas dúvidas, em seus medos, em sua incompetência provisória e ao escutá-lo, aprender a falar com ele (FREIRE, 1996).

Conciliar tratamento e outras atividades

A necessidade de trabalhar e a falta de tempo para preparar o alimento são fatores que dificultam o estabelecimento de uma rotina alimentar saudável (LAPPALAINEN & SABA, 1997). Além disso, é importante citar a falta de disposição de alguns jovens, que preferem comer o alimento pré-preparado ou industrializado a ter que fazer a comida. Horários de escola, situações de trabalho ou ambos favorecem a dieta inadequada, com o consumo de alimentos prontos ou semiprontos de alto teor calórico (SAITO & SILVA, 2001).

A24 - Pra mim é difícil, eu trabalho lá no bar e o tempo, né?
A7 - E tem também aquela correria danada da escola. Ai não tem como almoçar, sai da aula, come sanduíche, come salgado, vou parar de comer.
A23 - Preguiça, no almoço eu fico com preguiça de fazer salada. Quando dá fome depois, eu como biscoito, porque está fácil.

Relações familiares conflituosas

Durante a condução do grupo focal, algumas posturas como o silêncio e a cabeça baixa demonstraram que este tema é particularmente doloroso:

A36 - Meu pai, eu não gosto dele e ele me irrita, aí eu vou comer...
A33 - Minha irmã poderia parar de me encher...
A39 - É porque tem o primo lá, ele tá passando muito mal estes dias. Aí eu fico triste, né... e como.....

Em estudo com crianças obesas, Murthag, Dixey & Rudolf (2006), identificaram que os maiores obstáculos à ação ou à adesão são as dificuldades em fazer as mudanças no estilo de vida, a falta de percepção dos pais quanto ao peso, a demora em buscar tratamento e as experiências negativas de dietas. Em nosso estudo as relações familiares conflituosas assumiram uma grande importância no tratamento. Vários adolescentes citaram os problemas que têm em casa e as frustrações compensadas com a comida. Mas o fator dificultador mais citado foi sem dúvida a atitude depreciativa e as cobranças excessivas de pais e profissionais de saúde.

5.4 Os Conceitos, Atitudes e Expectativas dos Pais

Os pais não foram convidados com antecedência para o grupo focal e provavelmente entenderam a realização desta atividade como um procedimento normal do serviço. Os grupos foram realizados no auditório da URSS e pode ser que o fato deste local ser afastado das salas de atendimento, no segundo andar do prédio, tenha contribuído para que os pais ficassem à vontade para manifestar suas opiniões. Além disso, a presença do profissional que conduz o tratamento do filho pode ser entendida como uma oportunidade para solução de problemas. O esclarecimento cuidadoso quanto ao sigilo dos fatos e opiniões relatados ali também foi um fator importante na negociação da tarefa que se seguiria. Esses aspectos podem ter contribuído para diminuir as restrições às falas e conformar os discursos na forma de queixas e demandas quanto ao atendimento de alguns profissionais de saúde.

A escolha da técnica de grupo focal possibilitou ao nosso ver a produção de discursos mais ricos do que seriam obtidos com entrevistas individuais. A entrevista enquadra o discurso, impondo-lhe determinadas restrições, uma vez que prevê uma situação em que o entrevistado não está autorizado a falar sem ser perguntado. No grupo focal a identificação com os demais participantes que se reconhecem como compartilhando experiências comuns, pôde reforçá-los na expressão das suas crenças, atitudes e sentimentos, determinando transformações de forma e conteúdo. O fato de todos compartilharem o mesmo lugar em relação ao pesquisador parece ter diluído a percepção de sua autoridade, contribuindo para diminuir a assimetria na interlocução. Observamos nos grupos que a interação e a identificação de dificuldades comuns entre os participantes facilitaram a expressão mais espontânea de atitudes e sentimentos negativos em relação a seus filhos, ao tratamento oferecido pelo serviço e a outras queixas manifestadas.

No total foram realizados seis grupos focais com os pais. A condução democrática destes grupos foi mais difícil do que a dos grupos de adolescentes. Houve tentativas de monopolizar as conversas em dois grupos e foi necessário esclarecer repetidas vezes qual era o objetivo do grupo focal.

Os pais manifestaram grande necessidade de se justificar o tempo todo quanto ao fato de cumprirem bem sua obrigação de trazer os filhos às consultas e cobrar deles em casa a conduta ensinada. Muitos se mostraram preocupados em sustentar uma imagem de bons cuidadores. Poucos pais assumiram suas dificuldades pessoais com relação às mudanças no próprio estilo de vida ou perceberam o reflexo destas dificuldades nos filhos.

Os temas e categorias dos grupos de pais foram estabelecidos com o objetivo de relatar as dificuldades no enfrentamento da obesidade e também apreender a percepção destes pais a respeito da obesidade e seu impacto para o adolescente e a família. O quadro 4 traz uma síntese dos temas, categorias e subcategorias encontradas.

As dificuldades pelas quais passam os pais de adolescentes com excesso de peso poderiam explicar o efeito positivo do grupo focal, o qual permitiu a troca de experiências com quem tem problemas semelhantes e a possibilidade de escuta por pessoas que manifestavam interesse em compreender sua aflição. Relata-se a seguir a análise dos resultados obtidos do processo da interação nos grupos de pais.

SOBRE A OBESIDADE

Problemas enfrentados

Ao relatarem os problemas enfrentados pelos adolescentes com excesso de peso, a depreciação e a exclusão social foram as questões que apareceram com maior ênfase. Os pais citaram os apelidos que seus filhos recebem e lamentaram fatos corriqueiros como a não participação sequer nos jogos de futebol da escola. Porém chamou-nos a atenção a ausência da preocupação com as repercussões da obesidade na saúde dos filhos.

Quadro 4: Conceitos, dificuldades e expectativas dos pais participantes da pesquisa na URSS entre Junho/2006 e Junho/2007 – Belo Horizonte, MG

Temas	Categorias	Subcategorias
Obesidade	Problemas enfrentados	<ul style="list-style-type: none"> • Depreciação • Exclusão social
	Sentimentos quanto à obesidade	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza • Culpa • Compaixão • Medo
Alimentação	Alimentação saudável	<ul style="list-style-type: none"> • Características
Tratamento	Expectativas	<ul style="list-style-type: none"> • Emagrecimento • Manutenção da perda de peso • Conscientização do filho • Competência para fazer mudanças
	Impactos	<ul style="list-style-type: none"> • Mudanças nos hábitos dos filhos • Mudanças nos hábitos da família • Socialização • Melhor aparência
	Sentimentos quanto ao tratamento	<ul style="list-style-type: none"> • Frustração • Impotência • Vergonha • Culpa • Desânimo • Incerteza • Pena
	Facilitadores do Tratamento	<ul style="list-style-type: none"> • Atitude positiva da família • Percepção positiva quanto ao tratamento da obesidade • Resultados iniciais positivos • Atitude positiva do adolescente • Satisfação com o tratamento
	Dificuldades no tratamento	<ul style="list-style-type: none"> • Fatores familiares • Características do filho • Percepção quanto à obesidade • Insatisfação com o tratamento

Em recente estudo qualitativo sobre as percepções dos pais de adolescentes obesos, Stewart & Chapple (2008) concluíram que a auto-estima dos filhos é considerada mais importante que a saúde pelos pais e que os problemas psicossociais freqüentemente trazem os pais ao tratamento. Porém o fato de perceber que o peso do filho é um problema de saúde está associado com a disposição dos pais para ajudá-lo a perder peso (RHEE et al, 2005). É importante que se façam esclarecimentos sobre as conseqüências da obesidade para a saúde de crianças e adolescentes, de modo a melhorar a conscientização dos pais. Porém é preciso investir também na abordagem dos problemas psicológicos e sociais, de modo a satisfazer as expectativas iniciais destes pais.

Neste estudo não se percebeu maior ênfase na preocupação com o controle de peso das meninas do que dos meninos. No estudo de Dixey et al (2001), os pais, especialmente as mães, se mostraram como encorajadores da perda de peso das filhas, porém não dos filhos.

Sentimentos diante da obesidade dos filhos

As mães, especialmente, relataram sentimentos de tristeza, culpa e compaixão pelo fato de seus filhos estarem obesos:

- M16** - *Olha, a gente fica triste, né. Aí a gente tenta consertar (Silêncio, cabeça baixa).*
M36 - *Eu fico triste por ser gorda e não quero que ela fique assim! Eu procuro fazer o melhor que eu posso. Eu incentivo ela, converso com ela. Eu queria poder ajudar mais.*
M57 - *Eu sinto culpa por ele ser tão pequeno e já ter o problema.*
M37 - *Você entra no ônibus e o povo fica olhando pra filha da gente e fica cochichando...(chorando).*

O medo de que a obesidade traga conseqüências piores no futuro também emergiu das falas:

- M37** - *Eu só tenho medo porque tem os apelidos, as piadinhas. Por enquanto eles não se trancaram no quarto, não buscaram assim uma droga. Mas será que eles vão agüentar?*

Alguns pais apresentaram mais respostas de medo, insegurança e preocupação diante de diferentes situações relacionadas à obesidade. Os sentimentos de medo foram relacionados às inter-relações sociais e aceitação na escola. A qualidade da comunicação entre o adolescente e seus pais tem sido descrita como um forte fator de adesão ao tratamento (OLIVEIRA & GOMES, 2004). Uma mensagem de insegurança e medo por parte dos pais pode dificultar o desenvolvimento da auto-eficácia nestes jovens. É importante desmistificar o medo e

a culpa destes pais, para que eles transmitam mensagens positivas quanto ao sucesso do tratamento.

SOBRE A ALIMENTAÇÃO

Várias características ou requisitos da alimentação saudável emergiram das entrevistas, tais como a importância da aparência atrativa:

M8 - Eu faço salada bonita mesmo, com cenoura ralada, beterraba ralada, alface. Eu acho que o prato bonito, você come com mais vontade.

Apesar da boa apresentação da alimentação ser um requisito importante para a formação de bons hábitos alimentares, isto demanda tempo, que muitas vezes não está disponível para mães que trabalham fora (GARCIA, 2003). Este aspecto precisa ser considerado nas prescrições alimentares e é preciso dedicar tempo para refletir sobre esta questão com os pais e buscar soluções em conjunto.

Para alguns pais a alimentação saudável deveria ser seguida por todos na família:

*M36 - Não tem uma comida certa pra gordo e outra pra magro, a comida é uma só.
M38 - A gente tem que ir acostumando com a comida certa.*

A mensagem de que uma alimentação saudável é importante não só para emagrecer, mas para promover a saúde de todos na família, deve ser enfatizada durante o tratamento. Desta forma o emagrecimento passa a ser entendido como resultado de um objetivo maior, que seria a busca pela saúde.

Ainda para outros, uma alimentação saudável tem alto custo:

M58 - Não é fácil. Uma dieta não sai barato.

Este é um grande mito a ser esclarecido durante o tratamento. Com disposição e algum preparo é possível escolher bons alimentos que cabem no orçamento familiar. A orientação dietética tem um importante papel na facilitação da prática da alimentação saudável (TURANO & ALMEIDA, 1999). A orientação nutricional deve ser prática e adaptada às condições econômicas dos pacientes, inclusive com sugestões de receitas e modos de preparo.

SOBRE O TRATAMENTO

Expectativas

As expectativas da maioria dos pais quanto ao tratamento se dão principalmente em relação ao emagrecimento. Outros relataram esperar que o filho mantivesse as conquistas alcançadas. Alguns pais manifestaram o desejo de que os filhos se conscientizassem da importância de manter hábitos alimentares saudáveis e mais ainda, que adquirissem competência para fazer mudanças na vida. Desta forma, estes pais conseguiram perceber que o processo de mudança implica em desenvolver a auto-eficácia e de que há uma questão maior envolvida em todos os processos que exigem uma superação de obstáculos:

M28 - Eu espero que ela conscientize das coisas que ela tem que comer e que não deve comer. Ela tem que aprender o certo e o errado.

M54 - Eu espero que ela consiga não só no tratamento da obesidade, mas com tudo que ela precisa vencer, porque eu acho que isso que ela tem com a obesidade, ela deve ter com tudo.

Impactos do tratamento

Poucos pais relataram que percebem os filhos mais controlados e que se sentem seguros e tranquilos de que o tratamento será bem sucedido. Mas entre os que perceberam mudanças, o controle na quantidade de alimentos ingeridos, o hábito do consumo de vegetais e a forma de comer foram as mais citadas:

M57 - Ele não gostava de jeito nenhum de comer verdura, agora já come.

M20 - Achei bom que ele mudou o negócio da televisão que você falou que não podia comer na frente da TV. Então ele cortou isso.

M46 - Mastiga, porque antes não mastigava. Outra coisa, antes ele jogava vídeo game todo dia. Agora é só no fim de semana.

M37 - Mas ela já mudou muito a forma de alimentar, não repete, tomou consciência da importância de atividade física.

P56 - Mudou. Antes, controlar a alimentação dela era muito difícil. Achei que nem ia conseguir. Depois que a nutricionista conversou com ela, está comendo moderadamente.

O tratamento acarretou também mudanças nos hábitos de algumas famílias:

M29 - Minha casa mudou totalmente, e a da minha mãe também. Lá tinha coca cola todo dia. Era no almoço e janta. A gente não comia sem refrigerante, e hoje não tem mais.

M22 - Mudei sim. Diminuí o óleo, compro mais verduras e evito deixar as coisas em casa.

P56 - Parei de comprar refrigerante, optamos mais por suco. E cortamos fritura, optamos mais por salada e foi melhorando o colesterol de todo mundo lá de casa.

A literatura aponta que o emagrecimento e a manutenção de peso bem sucedida estão associados à manutenção de um estilo de vida ativo, um ritmo alimentar regular, incluindo desjejum e refeições saudáveis e controle do excesso alimentar (ELFHAG & ROSSNER, 2005). As mudanças alimentares na vida dos adolescentes e da família são um importante passo para o êxito do tratamento.

A socialização e a influência positiva sobre colegas foram outros fatores citados como resultantes do tratamento:

M16 - *Ele começou a sair e socializar mais depois que veio pra cá. Ele não emagreceu, mas o emocional dele está melhor.*

M36 - *Ela está muito feliz em estar emagrecendo. Tem uma coleguinha dela que é linda, mas muito gorda. Então ela tá ajudando a amiga e ela repete tudo o que você fala pra ela.*

Importante também é a percepção de alguns pais e adolescentes de que houve perda de medidas e uma melhoria na aparência:

M29 - *Toda vez que ela põe uma roupa, ela fala: nossa, olha como eu era e como eu fiquei depois do tratamento.*

M36 - *Antes ela ficava triste com o peso. Agora os rapazes falam que ela está muito bonita e ela fica vaidosa!*

M37 - *No peso ela não perdeu, mas eu vejo diferença nas roupas, de medida.*

Sentimentos quanto ao tratamento

Sentimentos de frustração, impotência, desânimo, culpa e vergonha acompanham estes pais no enfrentamento da obesidade:

M37 - *Eu fico frustrada de lutar e lutar e não ver resultado (chora) e todo mundo pensa que a culpa é minha. Eu vou prender ela em casa e ela só vai comer o que eu der pra ela.*

M25 - *Eu não estou dando conta. Eu falo com ela direto, já estou até ficando estressada, de tanto falar e ela achar ruim.*

M58 - *Porque muitas vezes a gente fica culpada, e pensa assim: será que eu estou agindo correto? Será que é por aí? De cortar muitas das coisas?*

M24 - *Eu estou quase desanimando de vir, de trazer. A gente fica frustrado, né? Você vem, querendo ter perdido ao menos umas 200 gramas, mas toda vez que vem pesar parece que ele está com mais. Eu me sinto lá no chão uai!*

A pouca compreensão dos pais com relação à perda de peso dos filhos pode comprometer os resultados do tratamento (ETELSON et al, 2003; STEWART et al, 2008). Outro fator relevante observado foi a falta de motivação e a tendência dos pais de desistirem de conversar com seus filhos. A interação através da linguagem é de enorme importância para o desenvolvimento da auto-eficácia nos filhos. Isto pode significar que uma orientação adequada aos familiares, oferecida pelos profissionais de saúde poderia ser importante no sentido de gerar motivação e disposição nos pais para que forneçam suporte ao tratamento de seus filhos.

Um sentimento de solidariedade e pena devido aos limites impostos pelo tratamento também apareceu nos relatos e é outro fator importante a ser esclarecido:

M50 - *Ele já não come nada, eu já não faço batata pra ele, já não come sanduíche, já não come nada, nada, nada, já não come salgado.*

M38 - *Ele fala que perdeu a fome quando eu ofereço a salada. Então quando eu vejo que ele vai ficar com fome, deixo ele comer só a carne. Aí ele come, pra não ficar sem nada.*

M8 - *Ai, às vezes eu fico meio tensa. Para a gente já é difícil, né? Abrir mão das coisas que a gente gosta.... dá pra imaginar pra uma criança? Eu fico assim, pensando nisso.*

As falas seguintes exemplificam como a fala de outro participante estimulou e autorizou a expressão de sentimentos e atitudes motivadas pela emoção, as quais teriam um julgamento negativo das próprias pessoas que as expressaram:

M37 - *É como ela falou, a gente tem dó sim! Estes dias eu trouxe biscoitos recheados. Vocês precisavam ver a cara dela... E quando tem feijoada então!*

M57 - *Aí eu dou pra ele só pra provar, só pra ele não ficar com vontade.*

P52 - *É, se tiver ela vai comer. Só que eu penso que eu vou levar um presente pra ela. Eu fico com dó (risos).*

A simbologia do afeto pode ser relacionada ao ato de alimentar o filho (FREITAS et al, 2006). Mães muito voltadas para as necessidades fisiológicas dos filhos podem ser pouco sensíveis às suas manifestações psíquicas. Os pais precisam ser orientados quanto ao fato de que pequenas restrições alimentares não irão comprometer a saúde de seus filhos. Precisam compreender também a importância do seu papel na prevenção e tratamento da obesidade (SAVAGE, FISHER & BIRCH, 2007).

O tratamento da obesidade provoca ainda nos pais a incerteza quanto à melhor forma de agir:

M37 - *Eu acho que deve ter um jeito certo de falar com eles, mas a gente não está sabendo. Tem, mas eu nunca vi no livro e eu não descobri.*

P56 - *este negócio de conversar só piora. Eu não falo nada.*

M57 - *Não sei, mas acho que o que eu estou fazendo é certo.*

M17 - *É duro você ver sua filha ficar tão gorda e não saber o que fazer para ajudar....*

Uma mãe expressou seu desejo de que outra pessoa controlasse seu filho da seguinte forma:

M22 - *Eu queria um jeito dele ficar num lugar onde eles controlavam ele e ajudavam.*

A procura por alguém de fora da família para dar suporte e encorajar os filhos foi descrita no estudo de Stewart et al (2008), como presente no processo de tratamento da obesidade. Os pais precisam ser incentivados a assumir o papel de encorajadores e motivadores do tratamento.

Fatores facilitadores

Atitude positiva da família

O apoio e a participação da família foram considerados fatores essenciais para o sucesso do tratamento:

- M21** - *Cortar os alimentos em casa ajuda sim! Lá em casa eu não compro uma porção de coisas. Mas tem que conversar com eles também.*
- M57** - *Ai eu falava: nos dois vamos controlar, não vamos ficar com diabetes, pra não ficar com o coração todo doente. Ai ele foi entendendo.*
- M53** - *Hoje em dia compro fruta, porque não gasto o dinheiro que comprava bobagens como biscoito recheado e salgadinho. E tinha que ter o dinheiro pra comprar merenda na escola, então esse dinheiro agora eu estou comprando as frutas ou iogurte pra ele levar.*
- M54** - *A gente tem que seguir o mesmo cardápio que eles. A gente mora na mesma casa, tem que comer a mesma coisa. Se vier gente de fora, é a mesma dieta.*
- M38** - *Se eu ficar com vergonha de andar com meu filho ele vai acabar entrando em depressão. Eu acho que a gente tem que ser forte pra ajudar eles.*

Embora muitos não percebam que as mudanças deveriam ser para melhorar a saúde de todos, os pais concordam que devem mudar os hábitos em casa. Quando a família contribui, propiciando condições para o adolescente fazer as mudanças, mas não altera seus hábitos, todos perdem a oportunidade de reeducação alimentar e os benefícios que advêm dela.

Uma atitude de valorização do tratamento e de confiança nos resultados pode transmitir aos adolescentes a idéia de que este é o melhor caminho. É importante também acreditar mais nos adolescentes, pois somente a partir desta postura surgirão espaços reais para seu crescimento (SAITO & SILVA, 2001).

- M46** - *A gente tem que transmitir segurança, a pessoa tem que confiar que vai conseguir.*
- M29** - *O pai fala que ela tá ficando mais bonita, que ela tinha que emagrecer mesmo.*
- M50** - *Meu filho ganhou uma calça de aniversário e ela serviu. Então pra ele isso é uma vitória. Não importa quantos quilos ele emagreceu, pra gente, a roupa é que é a balança.*
- P32** - *Eu sinto orgulho e eu trago ela quantas vezes precisar. Eu sinto vontade de vir. Mas eu falo com ela: "vamos fazer as coisas direitinho pra nós parar de vir aqui".*

Compreender que a adolescência é uma fase de estabelecimento de identidade e que algumas características são aceitáveis nesta faixa etária pode ajudar os pais a lidarem com as resistências dos filhos. Problemas normais dos

adolescentes se relacionam à turbulência, à rebeldia, às alterações do humor e à dificuldade em esperar (SAITO & SILVA, 2001). Alguns pais relatam que mudaram a maneira de lidar com os filhos e de abordá-los, na tentativa de conseguir exercer sobre eles alguma influência.

M29 - *Eu fico na cola, às vezes ela me enfrenta. Mas eu não ligo não, porque é coisa de adolescente mesmo (mãe fala muito calma destas mudanças de humor da adolescente). Depois ela volta e conversa comigo, e fica tudo bem.*

M34 - *Eu parei de falar de dieta porque ela ficava irritada. Agora eu vou introduzindo devagarzinho, caladinha. Até que ela mesma começou a se policiar.*

M14 - *Ai eu comecei a falar quando via uma roupinha bonitinha: “se você emagrecer um pouquinho aquela roupa já entra”. Aí ela já começou. Tá dando certo. Só que eu não falo coisa de regime.*

Porém a firmeza, o exercício da autoridade coerente e uma firme decisão foram considerados pontos importantes para o tratamento:

M21 - *Eles comem escondido mesmo, entendeu? Mas igual lá em casa eu compro só 3 pãezinhos de manhã e 3 pãezinhos a tarde.*

P39 - *A gente tem que ter paciência, mas não pode aceitar algumas atitudes. Ter paciência, mas com limite.*

M28 - *Mas eu ponho limite, é isso mesmo. A minha irmã acha que eu sou muito severa com ela, mas não é gente, eu to ajudando a menina.*

A família é o contexto natural para o crescimento do indivíduo, apesar da complexidade das relações familiares (SAITO & SILVA, 2001). “Aqueles indivíduos criados sem limites, sem disciplina, inclusive para comer, estão longe de crescer livres ou felizes, incorrendo em problemas dentre os quais se destaca a obesidade (SAITO & SILVA, 2001)”.

Algumas famílias relataram necessidade de adaptação e de negociação para atingir os objetivos:

M57 - *Lá em casa no início eu fazia uma troca com ele, tipo assim um sanduíche caseiro ou uma coisa mais caprichada. Faz uma batata frita pra ele de vez em quando. Isto é só no início, depois eles mesmos vão acostumando, eles não te pedem mais.*

P32 - *Eu tive que ir cortando aos poucos. Este tipo de coisa, doce essas coisas, você vai cortando, vai mudando o hábito deles. Daí elas vão cortando gradativamente também.*

M34 - *Eu comecei a sentar com ela e programar a nossa alimentação.*

M25 - *Então coisas que não tinha lá em casa, ta entrando por causa dela. Ai tem a salada bem colorida, do jeitinho que ela gosta.*

Após uma revisão dos programas de prevenção da obesidade, Sichiari & Souza (2008) afirmam que as intervenções que produziram maiores efeitos incluíram a participação dos pais. O ambiente familiar compartilhado e a influência dos pais

nos padrões de estilo de vida dos filhos mostram a importância da família no controle do peso de crianças e adolescentes (McLEAN et al, 2003).

Percepção positiva quanto ao tratamento da obesidade

A valorização da reeducação alimentar como alternativa para o controle da obesidade e a percepção de outros ganhos além do emagrecimento apareceram entre os pais:

M54 - O que eu mais queria era ter uma orientação. A coisa pior que tem é tomar remédio pra emagrecer, estraga a saúde. Eu passo isso pra ela, tem que conscientizar.
M57 - Eu também gosto e acho que traria mesmo se ele não tivesse no sobrepeso. Aqui você ensina o que é certo comer e a gente aprende. Quantas vezes precisar eu venho.

A percepção de que o tratamento deve ser encarado como um processo também pode contribuir para diminuir a ansiedade quanto aos resultados:

M46 - O início do tratamento é bem mais difícil que chegar no meio da etapa.
M54 - Ai você tem a parte que a gente xinga, tem a parte do carinho e tem a parte que você vai entendendo o ponto, vai conversando, vai explicando.
M16 - Então é assim, é lento, é difícil. No início dá raiva. Toda vez que vier na balança, se não resolver o problema, é ver o que é que está acontecendo, é conversar com ele muito.
M57 - Mas eu já acho vitória, porque de novembro pra cá ele não ganhou peso e do jeito que tava indo, se não tivesse tratando com nutricionista, ia estar com mais de 50 quilos.

Compartilhar os benefícios da aprendizagem pode ajudar a família a fazer adaptações no estilo de vida. Fixar-se nos ganhos e não nas perdas pode diminuir o impacto destas mudanças:

P56 - Eu to vindo aqui, tá servindo pra ela e também pra mim.
M16 - Quando chegam aqui eles aprendem. Ela chega a casa e passa pro pai.
M20 - Na minha casa eu não tirei nada, mas diminui gordura e estou gastando menos com óleo. Também aprendemos a comer mais verduras.

Como qualquer outra doença crônica, a obesidade traz mudanças na vida familiar, que podem ser percebidas como positivas ou negativas. Em algumas famílias, a necessidade de adaptação aos bons hábitos de alimentação se traduz num comportamento alimentar mais saudável para todos. Nestas situações o adolescente tem condições de fazer e manter suas mudanças de forma mais efetiva, pois não é colocado como um culpado pelas perdas da família.

Deslocar a percepção dos resultados para outros pontos que não exclusivamente o emagrecimento é outro fator que ajuda no tratamento:

P56 - Aí quando eu mostrei os exames dela que vieram altíssimos, a avó assustou, e está me ajudando. E ela também começou a se policiar.

Resultados iniciais positivos

M16 - Mas depois que o meu começou a perder, ele não come nem escondido mais. Ai estimula, ai começa a estimular.

Uma maior perda de peso inicial é relatada na literatura como fator associado ao sucesso do tratamento para perda de peso (ELFHAG & ROSSNER, 2005).

Atitude positiva do adolescente

Segundo os pais, um temperamento mais dócil e a aceitação do tratamento melhoram a adesão ao mesmo, como podemos ver nos relatos abaixo:

M58 - Ele aceita, pois não é aquela criança agressiva, nunca foi. Ele é carinhoso.

M29 - O temperamento dela não é de enfrentar, de rebeldia, de jeito nenhum. Se eu falar com ela não come, ela não come.

Além disso, a auto-estima e o despertar da vaidade também aparecem como fatores facilitadores do processo:

M37 - Vaidade, né. Ela comparava com as primas e queria ser como elas!

M20 - Ele começa a ver que as pessoas começam a notar, elogiar, porque agora ele já entra na fase da vaidade, entendeu?

Satisfação com o tratamento

A orientação nutricional prática, clara e inserida na realidade das famílias aparece como um grande facilitador das mudanças alimentares. Apesar da dieta quantitativa não ser muito utilizada em nosso trabalho, em alguns casos ela foi o diferencial necessário para disparar o processo de mudança:

M29 - O que resolveu foi a dieta que você passou para ela, o regime. A dieta foi ótima!

É importante perceber a individualidade de cada adolescente, de modo a adotar estratégias adequadas a cada caso. A utilização do Modelo de Estágios de Mudança pode ajudar muito neste sentido. A prescrição da dieta quantitativa só deve ser feita quando solicitada e negociada com o adolescente e somente após algum tempo de tratamento.

A satisfação com a condução do tratamento e a construção do vínculo com o profissional de saúde e o grupo são também citados por várias famílias:

M37 - Minha filha ama a senhora! Ela já tinha passado em um tanto de médicos até que chegou aqui. A senhora é paciente, não xinga. Foi isto que ajudou.

M54 - *Pra mim é uma terapia vir trazer. Eu estava cansada de ter médico brigando comigo. Aqui não, você conversa, você abre mais a visão e orienta mais pra gente as atitudes que vai ter.*

M17 - *Eu sinto alívio quando venho aqui e posso falar com outras mães que têm o mesmo drama que eu.*

A atenção dirigida só para o controle do peso não atende às necessidades dos pais. Há necessidade de um espaço para os familiares discutirem as práticas alimentares e os conflitos que emanam da difícil tarefa de conduzir um adolescente obeso ao tratamento.

Dificuldades no tratamento

Fatores familiares

A falta de apoio da família compromete seriamente o tratamento, mas a falta de colaboração específica dos maridos ficou evidente em muitos depoimentos:

M21 - *Olha, qualquer hora eu vou mandar meu marido vir aqui na consulta: “você é que vai para ouvir como é que a gente tem que ajudar o menino”.*

M57 - *Aí o menino pediu pra comer mais um e eu falei que ele estava em tratamento. Aí, meu marido disse: “Gente, como que eu como de tudo e não tenho nenhum colesterol. Começa a ir demais nos médicos, ai inventa tudo enquanto é doença”.*

M20 - *O meu acha que ajuda só falando negativo, o que eu acho que piora. Então eu prefiro que ele fique neutro.*

M36 - *Meu marido reclama do peso e compra as coisas erradas.*

As queixas das mães com relação aos maridos referem-se à falta de cooperação ou a atitudes inadequadas deles para com os filhos. Algumas mães se queixam de que, além de não ajudar, o companheiro atrapalha. Muitas se queixam das atitudes hostis do parceiro para com o filho e relatam conflitos do casal por este motivo.

Avaliando questões próprias, algumas mães relataram falta de disposição ou de tempo para seguir o tratamento:

M54 - *Lá em casa, por exemplo, era todo mundo magrinho. Hoje tem muita porcaria, a gente não consegue controlar.*

M37 - *No meu caso o que dificulta é o tempo. Eu trabalho em dois empregos, chego correndo. Ou ela já comeu quando eu chego ou ela me vê engolindo a comida. Ela é que arruma a comida.*

Outras descreveram as dificuldades para conduzir o tratamento:

M57 - *Não estou bem de saúde e quando não to bem eu não controlo tanto; ele acaba ficando prejudicado porque eu já deixo pra lá, já saio. Aí ele mesmo vai colocar.*

M38 - *Ah! Eu? Sabe que eu nem sei, porque eu vivo muito só, né? Eu não gosto nem de chamar a atenção dele porque eu fico nervosa.*

A obesidade familiar ou o padrão familiar de comer muito aparecem citados aqui e em vários artigos que buscam compreender as causas da obesidade:

M58 - *A família dele sempre foi de quantidade. A avó levanta de manhã e come uma bacia de macarrão. O pai tem problema de pressão devido à quantidade de gordura.*

P56 - *A mãe dela tem mania de assaltar geladeira. Acorda de noite pra comer. Eu acho que a menina pensa “se ela ta fazendo isso, porque eu não posso?”.*

A atitude da família frente ao tratamento pode fazer muita diferença na sua evolução. Assim, achar que a alimentação do adolescente tem que ser diferente ou valorizar somente o empenho dos pais pode criar no paciente a sensação de que ele é inadequado e incapaz de mudar.

P56 - *Ou a gente não tem as coisas ou então ter só na hora que ela não está.*

M58 - *Eu digo pra ele, esse tratamento é caro e é difícil.*

M51 - *Ah eu não sei, porque eu faço tanto esforço, eu vigio muito!*

Durante uma reunião do grupo de reeducação alimentar um pai falou bem alto que diariamente gritava como o filho para não tomar coca cola. Quando questionado se tinha este refrigerante em casa sempre ele respondeu:

P56 - *Eu compro pra tomar, mas eu sou magro.*

Em relação à dinâmica familiar, deve-se ter clara a idéia de que o indivíduo obeso pode ser apenas um sintoma do conflito familiar existente. A grande oferta de alimento e a falta de limites podem mascarar a ausência de amor ou mesmo a rejeição. As discussões frequentes na hora da refeição podem criar condutas reativas envolvendo o alimento, visto como fonte de agressão, prazer ou compensação pelos agravos vividos (SAITO & SILVA, 2001). Os conflitos familiares apareceram como fator dificultador nos relatos abaixo:

P52 - *Minha filha está comendo muito desde que a gente se separou. Ela fica chorando toda vez que vem na minha casa.*

M22 - *O pai dele também nem fala nada com ele e ele não obedece ao pai. O pai dele bebia muito e nem tem assim muito contato com ele.*

M33 - *Ela senta na mesa pra tomar café e meu marido não consegue sentar perto dela. Eu deixo ele comer por último. Se ele a vê comendo, chama a atenção e aí vira guerra.*

Apesar de não ser garantia de seguimento, o conhecimento é essencial para disparar as mudanças. Muitos pais afirmaram desconhecer conceitos básicos de nutrição:

M57 - *Eu achava que quando eu dava tudo, eu tava sendo uma ótima mãe, né? Saída da escola, todo dia ele já falava: mãe, compra pra mim biscoito recheado? Ah, compro! Compra pra mim aquele pacote de salgadinho que tem uma figurinha? Tá bom compro!*

M32 - *Eu também era muito relaxada com a alimentação, antes de adoecer eu comia só o que não podia. E era muita fritura, porque minha mãe criou a gente assim, comendo o que queria, não tinha feijão e não tinha verdura. Era só arroz e ovo, arroz e carne, arroz e batata frita, essas verduras assim, eu não comia não.*

M24 - *Mas eles vão deixar ele fazer a academia com este peso todo?*

M57 - *A questão de óleo na cozinha eu não sabia. Médico nenhum nunca tinha me falado sobre quantidade de gordura na comida. Eu nunca imaginei que pudesse fazer mal e eu nunca imaginei que pudesse engordar, era pra eu ter imaginado. Eu aprendi só aqui.*

O fornecimento de informações sobre qualquer comportamento de saúde é fundamental nas atividades educativas. O conhecimento contribui para desenvolver novas atitudes, tornando-se o componente racional necessário para motivar uma ação desejada. Segundo Toral & Slater, (2007), “a consciência e o conhecimento sobre as recomendações dietéticas são preditores significativos da mudança de comportamento alimentar”.

Fatores sócio-culturais como preconceitos e mitos relacionados à doença são associados a medos, ansiedade e atitudes paternas negativas, causando problemas de comportamento nos filhos. Mesmo sem aparecer no relato de forma explícita, algumas atitudes negativas certamente dificultam o seguimento do tratamento. A cobrança excessiva ou a visão do tratamento como perda são duas delas.

Quando falta informação sobre a doença, algumas idéias inadequadas perpetuadas culturalmente são reforçadas e acabam, em grande parte, sendo responsáveis pelos sentimentos de ansiedade e mágoa relatados pelos pais. Medo e desinformação sobre as causas, consequências e formas de tratamento adequadas podem significativamente influenciar no ajustamento comportamental necessário para o controle da obesidade. Quando os pais têm a possibilidade de serem orientados sobre a doença e seus aspectos comportamentais e sociais, conseqüentemente há um melhor ajustamento de seus filhos.

Apesar de não aparecerem citados explicitamente, a conduta com os filhos ou o modo de criação podem dificultar o tratamento:

M58 - *Eu deixo ele muito a vontade, eu não fico no pé. Eu deixo ele tomar as decisões de acordo com a cabecinha dele.*

M38 - *Ele não perdeu peso, mas não é falta de conversar com ele. Ele tem assistência lá em casa igual um recém nascido...*

P56 - *Ela nasceu muito pequenininha, com menos de 7 meses. Ela é a caçula e a gente facilitou, deixou ela muito à vontade e ela acostumou.*

Alguns pais demonstraram comportamentos de superproteção e permissividade associada a sentimentos de insegurança em relação ao controle da doença. Para Freitas et al (2006), o alimento oferecido pela mãe como necessidade fisiológica se funde com a necessidade de amparo e proteção materna.

A principal tarefa dos adolescentes é o estabelecimento da identidade própria, havendo, porém uma paradoxal solicitação de limites (SAITO & SILVA, 2001). Alguns estudos reforçam que há uma relação positiva entre atitudes de mães voltadas para a autonomia e confiança nas crianças e controle de comportamentos. Medos inapropriados e exagerados e atitudes excessivamente protetoras são mais comuns entre pais menos informados.

A família tem papel estruturante no comportamento alimentar de crianças e adolescentes, mas tanto a permissividade quanto a imposição excessiva de regras podem gerar riscos para o sucesso do tratamento. O estabelecimento de restrições alimentares muito severas parece gerar um consumo excessivo dos alimentos proibidos, quando o adolescente tem a oportunidade de obtê-los (SICHERI & SOUZA, 2008).

Características do filho

Muitos adolescentes foram citados como sendo imaturos, resistentes, temperamentais, rebeldes e apresentando dificuldade de aceitação do tratamento.

M37 - Eu acho que eles entendem, mas não preocupam por não ter maturidade.

M25 - Quando eu falo, ela chora, não aceita, come escondido.

M36 - A minha outra filha ta muito gordinha, mas eu falo pra ela e ela não aceita. Eu digo: "filha, você está ficando gorda". Ela diz: "gorda está a senhora". Aí ela não aceita. Acho que é temperamento mesmo.

M37 - Pra falar dos namoricos ela conta tudo pra mim, mas passou pra questão da comida ela xinga! A gente faz tudo junto, mas mexeu com a comida, é quase sem condições.

M38 - Tem que saber conversar com ele! É difícil. É uma rebeldia só.

M38 - Na hora do almoço eu tenho que fazer o almoço, e coloco salada no prato e falo: viu que gostoso? Ele me vê comendo salada e ri: "está gostoso, mãe, então come".

A preguiça, acomodação, passividade, indolência e desmotivação também foram citadas e segundo os relatos dos pais levam o adolescente a não ter disposição e nem demanda para o tratamento:

M22 - Ele não quer fazer nada. Eu to querendo ver o que é isso que está acontecendo. O professor me disse que ele não quer estudar e não faz as tarefas, nada.

M24 - Ele não ta nem aí. Ele anda na rua de short, sem camisa. Ele não tem vergonha. Se ele tivesse, ele ia perder o peso. Parece que ele gosta de ser gordo.

M46 - *Ele não quis de jeito nenhum entrar na hidroginástica, não quis. Falei, falei, falei pra ele. Ele tem um temperamento assim muito difícil, assim, meio parado.*

O descontrole alimentar e a compulsão foram percebidos por alguns pais, que não sabem como resolver esta questão. Muitos relatam que têm necessidade de vigiar constantemente:

M22 - *Ele come toda hora e tudo o que ele vê na frente. Ele não agüenta ver a comida, ele faz qualquer loucura. Pode bater nele, ele xinga e come. Ele come muito, de qualquer coisa que tem. Se eu comprar 4 litros de leite ele toma tudo de uma vez.*

M37 - *Ela entende. Mas ela não dá conta. A vontade de comer é mais forte que ela.*

P39 - *Se a gente não olhar ele desce lá na cozinha e vai abrir a geladeira. Aí, tudo que estiver de errado lá ele pega.*

M57 - *Se eu não ficar perto, regrando ele, ele já vai esquecendo, já quer comer.*

M50 - *Eu sinto isso, esta ansiedade. Ele fica se cobrando, mas ele não consegue.*

Uma mãe percebeu que a filha não queria emagrecer devido a uma necessidade de identificação com o pai obeso:

M37 - *Eu falo com ela pra comprar refrigerante zero e ela quer o do pai. Ela sempre quis ser igual ao pai, gordão. Tem uma disputa pra ficar como ele, ela é doida com o pai.*

Percepção quanto à obesidade

Os pais pesquisados conseguem identificar que a obesidade tem muitas causas, mas alguns ainda vêem a medicalização como opção para o tratamento e outros atribuem a obesidade exclusivamente a problemas emocionais:

M57 - *Eu tinha pavor de dieta, eu achava que ninguém emagrecia assim, eu achava que todas as pessoas que emagreciam, tomavam remédio.*

M38 - *O problema é que ele não perde peso, acho que ele nasceu com depressão e isto não deixa ele emagrecer.*

O relato de 43% dos pais em estudo foi de que a obesidade é causada por problemas emocionais. Em nossa prática, um fator bastante citado por estes pais como presente na personalidade do adolescente obeso é a ansiedade. Desta forma, o adolescente comeria muito porque é ansioso. Em um estudo de crianças obesas e eutróficas, Cataneo, Carvalho & Galindo (2005) não encontraram diferenças entre os grupos quanto ao fator ansiedade. Os autores sugerem que a prática de comer demais estaria ligada ao estabelecimento de hábitos de preencher o tempo comendo, especialmente quando se está assistindo televisão. Afirmam ainda ser importante desmistificar a crença de que “ser gordo significa ter problemas psicológicos”. Os pais precisam ser esclarecidos a este respeito, pois uma compreensão mais real do problema da obesidade é fundamental para que eles

façam os ajustes necessários ao controle do peso. Tais ajustes não são simples e requerem mudanças em hábitos familiares de alimentação e atividade física, muitas vezes arraigados. Estes autores também postulam que muitos pais que têm dificuldades em oferecer uma alimentação saudável a seus filhos buscam enxergar problemas de ordem emocional como fatores de explicação para a ocorrência do excesso de peso.

Alguns pais não reconhecem o excesso alimentar e nem sequer o excesso de peso de seus filhos. Para eles o diagnóstico da obesidade parece ter sido surpresa:

M27 - *Eu não tinha percebido que o peso era muito, porque ele sempre foi assim desde pequenininho e o pai dele é bem forte. Aí eu achava tudo normal, que ele puxou o pai.*

M20 - *Não tinha percebido, eu achei que era só por causa do medicamento de asma. Ele era magrinho na época que começou a tomar e ficou cheinho depois.*

M51 - *Desde o jardim ela comprava mais de um lanche, e quando eu vi, ela já estava assim mais gordinha e eu nem percebi. Acho que foi muita massa, muito salgado.*

M27 - *Eu acho que talvez ele esteja comendo um pouquinho para mais também, né?*

M38 - *Ele tá comendo muito pouco. Tem dia que eu fico até preocupada com ele comer tão pouco. Não é comida que faz ele engordar*

A pouca compreensão dos pais quanto às causas da obesidade é relatada em estudos que avaliam os fatores relacionados à adesão ao tratamento (ETELSON et al, 2003; STEWART et al, 2008). Rhee et al (2005) descrevem ainda que a percepção de que o próprio peso ou o peso do filho está acima da média é um fator associado à prontidão dos pais para fazer mudanças no estilo de vida. Estes são pontos que precisam ser esclarecidos durante o tratamento.

Não perceber o excesso de peso dos filhos pode ser um risco para a saúde. Etelson et al. (2003) observaram que os pais de crianças e adolescentes com sobrepeso têm tendência a subestimar o excesso de peso de seus filhos. De acordo com estes autores, apenas 10,5% destes pais tinha uma correta percepção do peso de seus filhos, contra 59,4% dos demais pais.

A percepção que alguns pais têm quanto às causas da obesidade refletem dificuldades pessoais no enfrentamento da questão:

M 23 - *Toda vez que eu vejo ele comendo deste tanto, eu engordo também...*

Muitos pais confundem o tratamento de seus filhos com a própria obesidade ou o próprio tratamento e interrompem a consulta toda hora para falar de suas dificuldades ou conquistas. Outros pais têm uma preocupação excessiva em

demonstrar o tempo todo que fazem tudo para ajudar seus filhos. Eles se preocupam mais com o fato de serem vistos como bons pais, do que com os resultados do tratamento.

Insatisfação com o tratamento

P39 - Ele até vem aqui, mas quando é pra ir ao médico ele acha ruim porque ele só passa sabão.

M3 - Minha filha foi muito infeliz com a médica. Já tem o problema e o médico ainda massacra mais, joga no menino a culpa, não dá. Pôxa, acho que tem que cativar.

M16 - Meu marido e ele odiaram a médica. Ela xingou tanto que ele nem voltou lá.

Estes pacientes vêm encaminhados de diversas unidades de saúde, da capital e do interior, mas têm em comum experiências negativas com profissionais que conduzem o tratamento de forma rígida e inflexível. Este é um dos fatores que pode explicar os altos índices de abandono do tratamento. (OLIVEIRA & GOMES, 2004; PEREZ & ROMANO, 2004; MURTHAG, DIXEY & RUDOLF, 2006).

Como afirma Paulo Freire, “Ensinar exige saber escutar e ter disponibilidade para o diálogo”. Não é falando ao outro como portadores da verdade absoluta, que aprendemos a escutar. Somente quem escuta pacientemente o outro, consegue falar com ele.

Em estudo desenvolvido por Story e colaboradores (2002), pediatras, enfermeiras e nutricionistas foram entrevistados sobre as atitudes e dificuldades percebidas frente ao tratamento da obesidade infantil. As dificuldades mais citadas pelos profissionais em geral foram: falta de envolvimento dos pais, falta de motivação dos pacientes e a falta de serviços de apoio. A falta de tempo na consulta foi um grande obstáculo para quase 60% dos pediatras. Entre as barreiras pessoais, foi citada principalmente a baixa proficiência em aconselhamento, em gestão comportamental e na abordagem familiar. Em geral um menor número de barreiras foi identificado pelos nutricionistas quando comparados com pediatras ou enfermeiras. Houve manifestação de interesse em treinamento na utilização de estratégias de gestão comportamental, orientações técnicas para os pais e na resolução dos conflitos familiares.

A literatura aponta para o insucesso das terapias baseadas no consultório, sem a participação da família (STEWART et al, 2008). As intervenções destinadas a prevenir o excesso de peso na infância e adolescência devem envolver os pais, como importante força de mudança no comportamento alimentar de seus filhos

(SICHIERI & SOUZA, 2008). É necessário desenvolver programas que visem melhorar a capacidade dos pais em facilitar a mudança de comportamento das crianças e adolescentes em direção a um estilo de vida saudável (SAVAGE, FISHER & BIRCH, 2007).

A redução da obesidade em crianças que recebem apoio dos pais é maior em relação às que não recebem este apoio (GOLAN & CROWN, 2004). Uma vez que a maioria dos pais de crianças com sobrepeso não reconhecem que o seu filho tem um problema de peso, os profissionais de saúde devem desenvolver estratégias para ajudar a corrigir as idéias erradas destes pais (ETELSON et al, 2003; STEWART et al, 2008).

É importante lembrar que o estilo de vida inadequado é norma e não exceção entre os jovens e quando se avalia o consumo de alimentos nesta faixa etária observa-se que os adolescentes com sobrepeso têm hábitos tão inadequados ou até melhores do que os adolescentes sem obesidade (SICHIERI & SOUZA, 2008). Deste modo, ações centradas nos adolescentes com excesso de peso precisam ser associadas a ações mais amplas e ambientais, que promovam o acesso aos alimentos saudáveis e limitem a oferta de alimentos calóricos e sem valor nutricional.

5.5 Intervenção Nutricional para Adolescentes com Excesso de Peso

A metodologia empregada nesta pesquisa ação permitiu rever vários procedimentos usados anteriormente para tratar estes pacientes. Assim, procuramos proporcionar um espaço de reflexão para os adolescentes e seus pais, onde pudessem discutir seus conceitos e representações sobre a obesidade. O relato oral apareceu como uma oportunidade de re-significação da obesidade e do alimento. Percebemos que muitas vezes a troca de experiências no grupo acontece naturalmente, sem a necessidade de intervenção do profissional de saúde.

A reflexão acerca do preconceito e das representações sociais da obesidade foram essenciais para a adoção de uma nova concepção do indivíduo acometido pela doença. Assim, a abordagem dos pacientes deixou de ter uma

conotação de controle do peso, para revestir-se de um conteúdo adequado à preocupação com a saúde do usuário.

Deste modo introduzimos modificações estruturais nos encontros mensais de grupos e adotamos estratégias voltadas para o fortalecimento do vínculo entre os participantes e com o pesquisador. Dentre as estratégias adotadas nesta pesquisa ação, foi implementada a busca ativa dos pacientes que faltaram, dando-se ênfase ao vínculo entre a família e o profissional. Foram denominados faltosos aqueles que não compareceram ao serviço durante o mês em curso. Para estes foram feitos contatos telefônicos nos cinco primeiros dias de cada mês. Buscou-se ainda compreender os motivos do abandono, levando-se também em consideração as próprias deficiências e responsabilidades do serviço de saúde.

Foram realizados seis encontros mensais com cada grupo, o qual chamamos de Grupo de Reeducação alimentar (GRA). Cada encontro tinha um tema pré-determinado, mas não rigidamente. Apesar do fornecimento de informações não ser um motivador incondicional das ações visadas, não há ação que ocorra sem que haja uma base de experiências prévias, construídas a partir de informações recebidas. Procurou-se, porém, dar às reuniões um caráter lúdico e descontraído.

Propusemos um objetivo aos adolescentes para cada mês, citados abaixo:

- Sente-se sempre para comer e não faça qualquer outra atividade ao mesmo tempo, como assistir TV, ler ou brincar. Concentre-se no alimento!
- Nesse mês tente diminuir o quanto você come, mesmo sem dieta.
- Não deixe de fazer nenhuma refeição e nem coma entre as refeições.
- Variar as frutas e verduras não apenas quanto ao tipo, mas também quanto às cores.
- Coma devagar e mastigue bem os alimentos. Só assim você terá a sensação de ter se alimentado de forma adequada!

Como resultado do processo de interação estabelecido nos grupos focais de pais, os participantes mostraram-se interessados em realizar outros encontros como aquele, manifestando sua necessidade de apoio e assistência para o enfrentamento de suas dificuldades. Em resposta a essa demanda, inovamos as

reuniões do GRA, propiciando maior espaço para a discussão das dificuldades enfrentadas pelos pais. Em todos os encontros mensais do GRA foram então abordados temas em separado com os pais, tais como:

- A importância da participação da família no tratamento dos adolescentes
- O estabelecimento de metas realistas
- A atitude dos pais sobre a obesidade (própria e dos filhos)
- Como preparar os alimentos com menos calorias (técnicas dietéticas)
- Rotina alimentar, horário de dormir, televisão, atividade física

De uma maneira sucinta, o funcionamento dos Grupos de Reeducação Alimentar seguia a seqüência abaixo:

1º momento: Parte teórica, onde pais ou acompanhantes ficavam na sala com seus filhos e era feita uma breve explicação do tema proposto para cada encontro, com uma linguagem de fácil entendimento.

2º momento: Conversa com os pais e parte prática com os adolescentes (separados). Utilização de atividades lúdicas para mostrar a importância da alimentação saudável, através de dinâmicas.

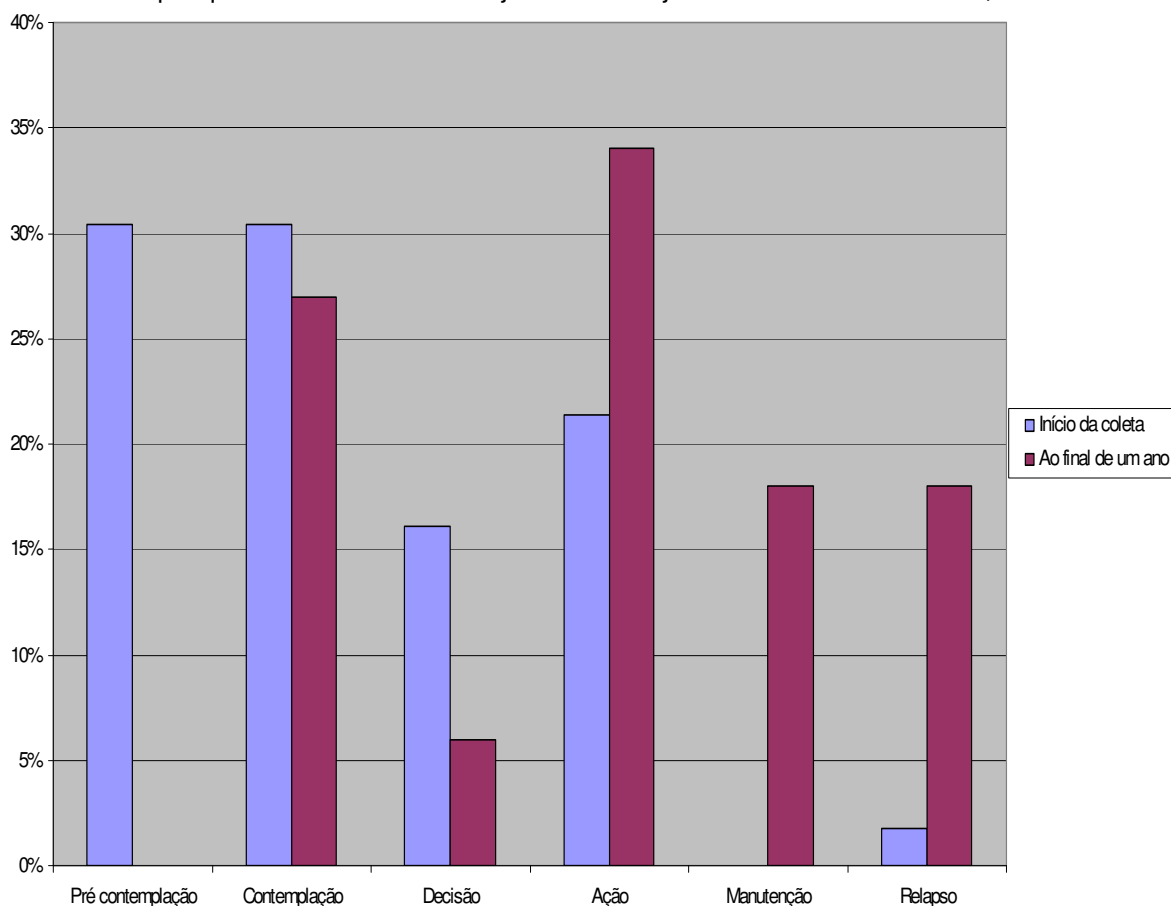
3º momento: Discussão e entrega do material com o conteúdo explicado naquele dia e contendo o objetivo do mês. Neste momento os pais ou acompanhantes permaneciam junto aos adolescentes e era feito um fechamento do encontro.

4º momento: Aferição do peso e altura dos adolescentes, individualmente. Os pais eram convidados a se pesarem também.

Todas as reuniões de grupo foram registradas no caderno de campo, bem como as sugestões que foram dadas por pais e adolescentes. Isto nos permitiu planejar uma coletânea com a seqüência de reuniões, a qual será utilizada nos grupos que irão se formar futuramente na URSS. As anotações feitas no caderno de campo ajudaram também nas reflexões finais sobre fatos importantes que chamaram a atenção e sobre observações particulares usadas na individualização do tratamento.

Com relação aos resultados do tratamento que podem ser mensurados quantitativamente, pudemos perceber evolução em alguns parâmetros. No início da coleta de dados, 30,4% dos pacientes encontravam-se no estágio de pré-contemplação e outros 30,4% estavam em contemplação, de acordo com o Modelo de Estágios de Mudança do Comportamento (PROCHASKA & DI CLEMENTI, 1983). Ao final de um ano não havia nenhum adolescente no estágio de pré-contemplação e a maioria dos participantes (57,5%) encontrava-se nos estágios de decisão, ação e manutenção. Os relapsos (abandono, não seguimento das orientações, reganho de peso) representavam 15% da amostra. Os dados relativos à mudança de estágio de comportamento alimentar encontram-se no gráfico 1:

GRÁFICO 1: Evolução do estágio de mudança do comportamento alimentar dos adolescentes pesquisados na URSS entre junho/2006 e junho/2007. Belo Horizonte, MG



Dos adolescentes acompanhados, 56,9% apresentaram resultado inicial insuficiente quanto aos conhecimentos básicos de nutrição. Ao fim do estudo, aqueles cujo conhecimento era insuficiente totalizavam apenas 12,5% da amostra. Este dado é importante porque apesar do conhecimento não garantir a mudança de hábitos, ele é um instrumento, um primeiro passo para a mudança.

As percepções dos adolescentes quanto ao obeso e à obesidade também mudaram. Para 65,5% dos adolescentes a obesidade deveria ser considerada uma doença, chegando a 74,2% da amostra ao fim do estudo. Quase 75% deles viam a pessoa obesa como fraca, descuidada e sem força de vontade, dado que caiu para apenas 16,1% ao fim do acompanhamento.

Tendo em vista a importância dos fatores cognitivos e emocionais envolvidos no tratamento da obesidade, uma melhor percepção e maior conhecimento dos fatores etiológicos da mesma pode ser um passo inicial no processo de mudança (PEREZ & ROMANO, 2004). Os mitos relacionados ao obeso devem ser abordados desde o início do tratamento, sendo o paciente encorajado e orientado durante todo o período.

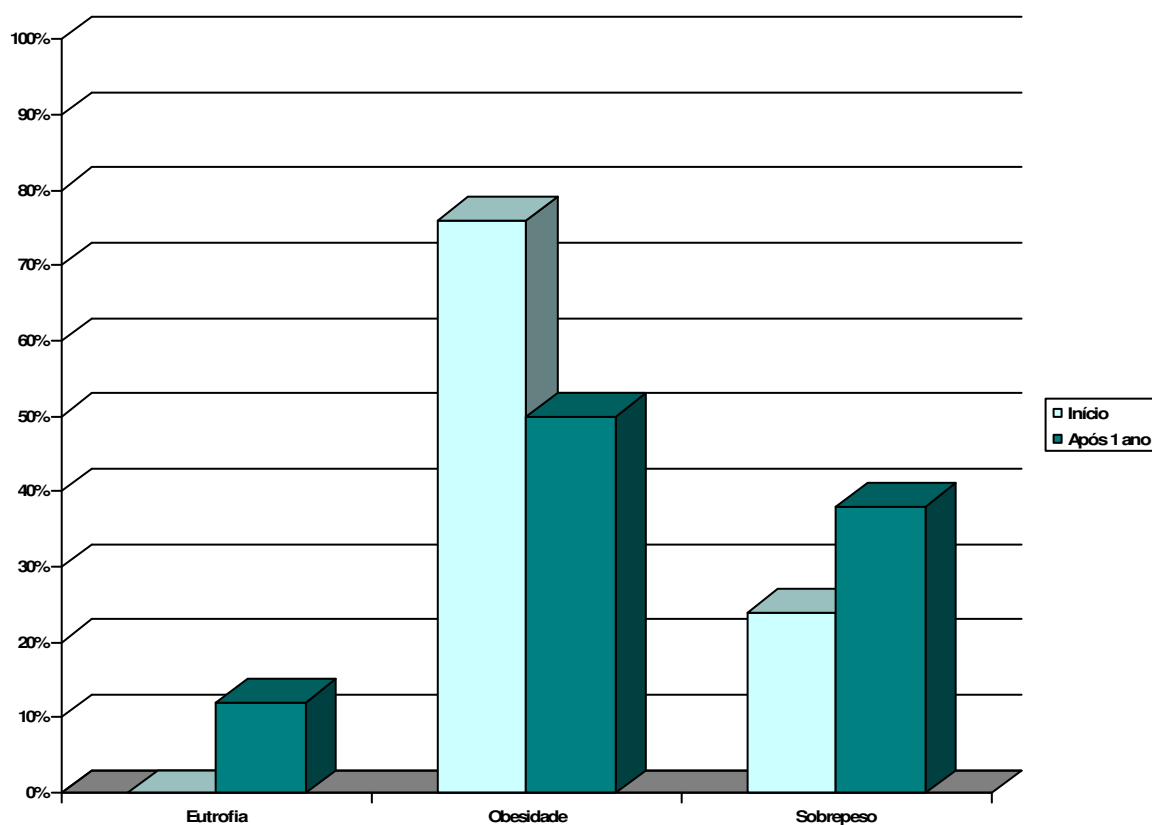
Após um ano de aconselhamento nutricional 31% dos adolescentes passaram a fazer um melhor fracionamento das refeições e 19% deixaram de se alimentar em frente à televisão para fazerem suas refeições à mesa. O hábito de realizar o desjejum diariamente foi estabelecido para 37% e 19% deixaram de comer entre as refeições. Houve melhora da função intestinal (22%), da flatulência (9%) e 38% disseram estar comendo mais devagar. Quanto ao padrão alimentar 40% aumentaram o consumo de água, 15% reduziram o consumo de óleo de cocção e 41% reduziram o consumo de guloseimas para “de vez em quando” ou “nunca”. Houve melhora de 37% na frequência do consumo de vegetais e de 53% na frequência do consumo de frutas. O consumo diário de frutas subiu de 29% para 50%. O consumo de leite passou a ser diário para quase metade dos adolescentes, dado que antes era de apenas 37,9%. A ingestão frequente de frituras teve uma queda de 66% e a de refrigerante foi reduzida em cerca de 25%. Com relação à quantidade de alimentos consumidos, 78% dos adolescentes referiram ter diminuído sua ingestão total.

O que se pode constatar através da comparação destes dados citados, é que a frequência de ingestão de alimentos saudáveis aumentou e a de alimentos calóricos diminuiu. O impacto das mudanças nos padrões alimentares pode incentivar o paciente a perpetuar tais comportamentos. A promoção e manutenção desses hábitos nessa faixa etária resultam em adultos mais saudáveis, com menor risco para doenças crônicas não transmissíveis. O tratamento da obesidade

depende totalmente da mudança de comportamento e de estilo de vida, na qual a correção dos distúrbios alimentares é um dos tripés para a reversão do quadro.

Ao se avaliar a evolução nutricional dos adolescentes, notou-se que a média de IMC se manteve constante ao longo do período, ocorrendo, no entanto, mudanças individuais decorrentes da perda de peso durante o acompanhamento. No início do tratamento, 24% dos pacientes apresentavam sobrepeso e 76% obesidade. Ao final de um ano, 50% estavam obesos, 38% apresentavam sobrepeso e 12% eutrofia, conforme pode-se verificar através do gráfico2:

GRÁFICO 2: Evolução do IMC de adolescentes pesquisados na URSS entre junho/2006 e junho/2007 – Belo Horizonte, MG



A média do IMC dos pais não apresentou redução significativa. Os valores de Prega Cutânea Tricipital reduziram-se significativamente na amostra ($p = 0,005$), porém as medidas de Circunferência da Cintura não se alteraram no decorrer do tempo.

Ao se avaliar os exames bioquímicos, verificou-se que a glicemia, colesterol total, triglicérides e LDL tiveram suas médias reduzidas, ao passo que os

valores de HDL se elevaram. Considerando-se um valor de $p < 0,05$, somente as médias de colesterol total ($p = 0,011$) e LDL ($p = 0,002$) tiveram redução significativa. A melhoria nos padrões destes exames é muito importante devido à redução dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares e diabetes no adulto.

Avaliar a evolução dos pacientes em acompanhamento para a obesidade somente por alterações significativas dos indicadores bioquímicos e antropométricos pode ser frustrante, uma vez que tais ferramentas não possibilitam a percepção do indivíduo como um todo e não levam em conta as mudanças na qualidade de vida. O acompanhamento desses dados é importante, mas não deve jamais ser visto como preditor único do sucesso do tratamento.

É importante considerar sempre em trabalhos cujo público alvo são crianças e adolescentes, que a não-aderência pode não ser intencional, quando causada por fatos que fogem ao controle destes pacientes. Dentre estes fatos podemos citar o esquecimento, a pouca compreensão da conduta ou dificuldades de acesso aos meios necessários. Os jovens dependem das decisões de seus pais com relação à oferta de alimentos em casa e ao acesso à atividade física. Os pais deste estudo relataram ter feito mudanças no estilo de vida para ajudar seus filhos no tratamento. As mudanças na alimentação foram relatadas por 79% dos pais, porém apenas 12% relatou mudanças na atividade física.

A não adesão intencional seria aquela em que o jovem decide não seguir as prescrições ou seguí-las de um modo que difere do recomendado. Esta estaria relacionada com a motivação do paciente em iniciar e persistir com o regime de tratamento, o que reforça a importância das crenças do paciente sobre sua doença e tratamento, como determinantes da adesão, com implicações para o seguimento das orientações fornecidas (HORNE, 2006).

Ao final de 18 meses de acompanhamento, dos 58 adolescentes que iniciaram o tratamento, houve 23 abandonos (40%), cinco altas satisfatórias (com normalização do IMC e exames bioquímicos) e cinco altas administrativas. Pacientes com exames bioquímicos normalizados, porém com o IMC ainda de sobrepeso, tiveram alta administrativa para acompanhamento na UBS. Estes pacientes relataram desejo de continuar o tratamento mais próximo de sua residência.

A análise do perfil dos pacientes que abandonaram o tratamento mostrou que 70,8% destes estavam nos estágios iniciais do Modelo de Estágios de Mudança

(pré-contemplação e contemplação) e 75% consideravam a alimentação ótima ou boa. Este dado nos permitiu refletir sobre a grande importância que devemos dar a estratégias que contribuam para fazer surgir a demanda de tratamento nestes pacientes.

Definir adesão à terapia crônica não medicamentosa é desafiador e um complicador surge quando há a tentativa de quantificar a adesão, sendo esse um tema de crescente investigação e interesse para a saúde pública (WHO, 2003b). Vários estudos têm sido feitos na busca por metodologias capazes de avaliar a adesão ao tratamento de doenças crônicas, no entanto permanece a dúvida quanto aos parâmetros mais adequados e a discussão sobre a suficiência dos exames bioquímicos ou a medida da perda de peso para indicar adesão. Ressalta-se também a ausência de medidas de aferição de mudanças de hábitos e comportamentos (estilo de vida) e a falta de um método ouro para tal mensuração (WHO, 2003b).

Há muitos fatores envolvidos na aderência ou não ao tratamento da obesidade, ficando difícil simplificar recomendações para melhorar esta aderência. Porém dedicar tempo para uma pré-avaliação cuidadosa dos pacientes pode conduzir a melhores decisões profissionais e revelar-se eficaz em termos de custos no final. Os estudos sugerem que fixar planos de controle de peso não pode conduzir ao sucesso de longo prazo. Os doentes devem ser incentivados a encontrar soluções pessoais dentro de suas capacidades e realidades (ELFHAG & ROSSNER, 2005).

Esta Pesquisa-Ação nos possibilitou ampliar a visão sobre as causas da obesidade e a necessidade de estratégias de intervenção que mantenham os pacientes motivados. O vínculo com o profissional de saúde e a presença de equipe interdisciplinar são fundamentais para se alcançar melhoria da qualidade de vida de adolescentes com excesso de peso.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da realização deste trabalho de pesquisa, pretendia-se levantar questões relacionadas à abordagem do adolescente com excesso de peso. O modelo ainda utilizado na assistência a estes pacientes considera que a obesidade é resultado de um balanço energético positivo entre calorias ingeridas e calorias gastas. Neste sentido, o tratamento busca a resolução do problema a partir da simples informação nutricional ou prescrição dietética, sem considerar o indivíduo em sua totalidade orgânica, psicológica e sociocultural. Esta simplificação do problema, advinda da utilização do modelo biomédico de assistência, tem comprometido a eficácia da atenção ao paciente obeso. A compreensão da doença fica restrita aos sinais e sintomas observados, sem uma verificação aprofundada dos múltiplos fatores que contribuem para o processo de adoecer.

Uma abordagem nutricional somente informativa não traz os resultados esperados. Devido à natureza do objeto e dos objetivos, as ações de saúde exigem que sua execução seja feita por profissionais com domínio de técnicas e habilidades específicas. As ações de educação nutricional e intervenção dietética exigem estudo técnico e científico complexos e habilidades que associem prática e teoria numa ação individualizada para cada paciente. Quando a compreensão do comportamento humano e dos fatores que contribuem para a mudança aumenta, as implicações para o tratamento da obesidade tornam-se mais claras. Não basta fornecer informações relevantes da saúde para induzir mudança comportamental. A obesidade tem de ser avaliada em um nível pessoal e a importância dos fatores psicológicos e cognitivos que podem estar envolvidos no seu surgimento precisa ser considerada na condução do tratamento destes pacientes.

Este estudo aborda um tema que faz falta nas discussões do tratamento da obesidade: as idéias e opiniões dos pacientes obesos e seus familiares. Ouvir os atores afetados pela doença pode contribuir para aumentar o entendimento que temos sobre a complexidade de fatores envolvidos na instalação e manutenção da obesidade. Procurou-se também mostrar seus relatos sobre sentimentos e atitudes desenvolvidas neste percurso, suas necessidades e se houve mudanças para o adolescente e para a família durante o tratamento.

Neste trabalho foram identificados vários facilitadores e barreiras que se apresentam a um adolescente obeso tentando perder peso. A identificação destes fatores, peculiares a cada paciente, pode contribuir para uma intervenção mais completa e de melhor qualidade. É importante que se faça a ligação entre o que é relatado pelo paciente e aquilo que, embora não verbalizado, é registrado pelo comprometimento que não responde ao tratamento proposto.

Houve maior ênfase dos adolescentes nas dificuldades encontradas para o tratamento, enquanto os pais citaram mais fatores facilitadores. A conduta ou atitude do profissional de saúde apareceu como fator facilitador e dificultador, para pais e filhos, dependendo da ênfase negativa ou positiva que os entrevistados deram a ela. Isto mostra a importância que a abordagem profissional tem para o sucesso ou fracasso de um tratamento. O mesmo se deu com relação ao fator apoio social e familiar e ao fator características do adolescente. Assim, podemos entender que estes são os três pontos mais importantes da abordagem, e refletir sobre o fato de que nenhum deles se relaciona diretamente com o alimento. Desta forma, mais uma vez ressalta-se a necessidade de buscar em outras áreas do conhecimento o suporte para compreender e tratar o excesso de peso em adolescentes.

Pôde-se observar que algumas diferenças de condutas entre os pais pesquisados estão relacionadas às opiniões que eles têm sobre seus filhos. De forma geral, os pais que não acreditam ou não reconhecem capacidades nos filhos tendem a não investir tempo e esforços para prestar ajuda ao adolescente. Aqueles que acreditam no interesse e capacidade dos filhos em ultrapassar suas dificuldades, parecem mais dispostos a ajudá-los na jornada, orientá-los sobre as melhores maneiras de enfrentar os problemas e valorizar a ajuda profissional.

O aconselhamento nutricional pode auxiliar a mudança de hábitos em adolescentes obesos. Perceber e reavaliar os estágios de mudança do comportamento alimentar é fundamental para iniciar e perpetuar um tratamento focado nas necessidades do paciente, com uso de ferramentas individuais e mais específicas. É necessário, portanto aprofundar as potencialidades da abordagem interdisciplinar de modo a melhorar a adesão destes pacientes ao tratamento. A atuação junto à família, integralizando-a ao acompanhamento, pode influenciar na mudança de percepção e de atitude dos responsáveis, gerando maior suporte ao adolescente.

A proposta deste estudo trazia o intuito de aprofundamento no universo adolescente e da avaliação quanto à possibilidade do mesmo estar sofrendo diante da obesidade. Trata-se de uma temática bastante complexa, uma vez que o próprio adolescente é um paciente especial, devido à fase de mudanças intensas que vivencia. A pesquisa permitiu uma visão bem ampla dos entrevistados acerca da problemática, de onde se extraiu algumas conclusões quanto à abordagem da obesidade em adolescentes. Deste modo parece correto afirmar que o profissional de saúde pode ser um mediador entre o domínio do conhecimento e o domínio do comportamento se:

- Ampliar sua visão de como se forma o hábito alimentar e como ocorrem as mudanças na alimentação.
- Melhorar a escuta do relato da subjetividade dos pacientes.
- Proporcionar ao paciente um ambiente favorável à reflexão.
- Não perder de vista que o conhecimento não é o mesmo que comportamento.
- Compreender que impor um conhecimento costuma ser inútil.
- Respeitar e reconhecer o tempo e o desejo de mudança.
- Fizer uma ampla contextualização dos fatores que poderiam estar relacionados à obesidade em cada paciente.

Através da condução deste trabalho tive a oportunidade de refletir e teorizar sobre os aspectos psicológicos da mudança de comportamento alimentar. Percebi que muitas condutas adotadas no decorrer da minha vida profissional eram fruto das minhas observações e experiências, mas que havia respaldo teórico para elas. Percebi também muitas deficiências na minha formação como nutricionista. Destaco então como recomendação a necessidade de capacitação para o profissional que se propõe a trabalhar com a obesidade, de modo que possa adquirir habilidades técnicas para motivação dos pacientes. Acredito que este seja um passo importante em direção à melhor qualidade no atendimento de adolescentes com excesso de peso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, M. L. M. (Org.) **Oficinas em dinâmica de grupo na área de saúde**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. 255p.

AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION. Position of the American Dietetic Association: Individual-Family-, School-, and Community-Based Interventions for Pediatric Overweight. **J Am Diet Assoc**, Chicago, v. 106, n. 6, p. 925-945, June 2006.

ANDERSEN, R. E. The spread of the childhood obesity epidemic. **CMAJ**, Ottawa, v. 163, n. 11, p. 1461-62, Nov. 2000.

ANDRETTA, I.; OLIVEIRA, M.S. A técnica de entrevista motivacional na adolescência. **Psic Clin**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 127-139, 2005.

ARANCETA, J. Et al. Sociodemographic and lifestyle determinants of food patterns in Spanish children and adolescents: the enKid study. **Eur J Clin Nutr**, Basingstoke, v. 57, n. 1, p. S40-S44, 2003.

ASSIS. M. A. A; NAHAS, M. V. Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. **Rev Nutr**, Campinas, v. 12, n. 1, p. 33-41, jan./abr. 1999.

BALABAN, G; SILVA, G. A. P. Prevalência de sobrepeso em crianças e adolescentes de uma escola da rede privada de Recife. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 77, n. 2, p. 96-100, mar./abr. 2001.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004. 225p.

BARLOW, S. E.; DIETZ, W. H. Obesity evaluation and treatment: Expert committee recommendations. **Pediatrics**, Elk Grove Village Il, v. 102, p. 1-11, 1998.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. Nutritional transition in Brazil: geographic and temporal trends. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, (supl.1), p.181-91, jan./fev. 2003.

BOOG M. C. F. Educação nutricional: passado, presente e futuro. **Rev Nutr**, Campinas, v. 10, n. 1, p. 5-19, jan./jun. 1997.

BOOG, M. C. F. Educação nutricional em serviços públicos de saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio e Janeiro, v. 15, (supl. 2), p. 139-147, 1999.

BOOG, M. C. F. A pesquisa qualitativa no campo da alimentação e nutrição. In: BARROS, N. F.; CECATTI, J.G.; TURATO, E. R. (Org.). **Pesquisa qualitativa em saúde: múltiplos olhares**. Campinas: Komedi, 2005. p. 97-108.

BOOG, M. C. F. **Educação nutricional: por que e para quê?** Jornal da Unicamp, Campinas, 2 a 8 de agosto de 2004. p. 2. Disponível em: http://www.unicamp.br/unicamp/unicamp_hoje/ju/agosto2004/ju260pag2a.html. Acesso em: 13 set. 2007.

BOOG, M. C. F. Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, 1(1): 33-42, jan-jun. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Série B. **Textos Básicos de Saúde**. 2ª Ed, Brasília, Editora MS. 2003. 48 p.

BRAWLEY, L. R.; CULOS-REED, N. Studying adherence to therapeutic regimens: overview, theories, recommendations. **Control Clin Trials**, New York NY, v. 21, p. 156-163, 2000.

CAMPOS, L. A.; LEITE, A. J. M.; ALMEIDA, P. C. Prevalência de sobrepeso e obesidade em adolescentes escolares do município de Fortaleza, Brasil. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, Recife, v. 7, n. 2, p. 183-190, abr/ jun. 2007.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: Análise de Discurso *versus* Análise de Conteúdo. **Texto & Contexto Enferm**, v. 15, n. 4, p. 679-84, out/dez., 2006.

CATANEO, C; CARVALHO, A. M. P.; GALINDO, E. M. C. Obesidade e aspectos psicológicos: maturidade emocional, autoconceito, locus de controle e ansiedade. **Psicol: Reflex Crít**, v. 18, n. 1, p. 39-46, 2005.

CAVALCANTI, A. P. R.; DIAS, M. R.; COSTA, M. J. C. Psicologia e nutrição: predizendo a intenção comportamental de aderir a dietas de redução de peso entre obesos de baixa renda. **Est Psicol**, v. 10, n.1, p. 121-29, 2005.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, National Center for Health Statistics. CDC Growth Charts: United States. Hyattsville, MD: **National Center for Health Statistics**. 2000.

CHRISTAKIS, N. A.; FOWLER, J. H. The spread of obesity in a large social network over 32 years. **N Engl J Med**. Boston, v. 357, n. 4, p. 370-9, 2007.

COLLINS, C. E. et al. Measuring Effectiveness of Dietetic Interventions in Child Obesity. A Systematic Review of Randomized Trials. **Arch Pediatr Adolesc Med**. Chicago, v. 160, p. 906-922, set., 2006.

DAMIANI D.; DAMIANI D.; OLIVEIRA, R. G. Obesidade: fatores genéticos ou ambientais. **Pediatr Mod**, v. 38, n. 3, p. 57-80, mar., 2002.

DANIELS, S. R. et al. Overweight in children and adolescents: pathophysiology, consequences, prevention, and treatment. **Circulation**, Dallas, v. 111, p. 1999-2012, 2005.

DEHGHAN, M.; AKHTAR – DANESH, N.; MERCHANT, A.T. Childhood obesity, prevalence and prevention. **Nutr J (Online)**, v. 4, n. 24, set. 2005. Disponível em: <http://www.nutritionj.com/content/4/1/24>. Acesso em 12/05/08.

DENZER, C. et al. The outcome of childhood obesity management depends highly upon patient compliance. **Eur J Pediatr**, v. 163, n. 2, p. 99-104, 2004.

DE ONIS, M et al. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. **Bull World Health Organ**. Geneva, v. 85, n. 9, p. 660-667, set. 2007.

DIXEY, R. et al. “Ha, ha, you’re fat, we’re strong”; a qualitative study of boys and girls perceptions of fatness, thinness, social pressures and health using focus groups. **Health Educ Behav**, Thousand Oaks, v. 101, n. 5, p. 206-216, 2001.

DOAK, C. M. et al. The prevention of overweight and obesity in children and adolescents: a review of interventions and programmes. **Obes Rev**, Oxford, v.7, n. 1, p.111-36, 2006.

EDMUNDS, L.; WATERS, E.; ELLIOTT, E. J. Evidence based management of childhood obesity. **BMJ**, London, v. 323, n. 7318, p. 916-919, oct., 2001.

ELFHAG, K.; ROSSNER, S. Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. **Obes Rev**, Oxford, v.6, n. 1, p. 67-85, 2005.

EPSTEIN L. H. et al. Decreasing sedentary behaviors in treating pediatric obesity. **Arch Pediatr Adolesc Med**, Chicago, v.154, p.220-6, 2000.

ESCRIVÃO, M. A. M. S. et al. Obesidade exógena na infância e na adolescência. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 3, p. 305-10, 2000.

ETELSON D. et al. Childhood obesity: do parents recognize this health risk? **Obes Res**, Baton Rouge, v.11, n. 11, p. 1362-8, Nov., 2003.

FISBERG, M. **Atualização em obesidade na infância e adolescência**. São Paulo: Atheneu, 2005. 245p.

FISBERG, R. M.; MARTINI, L. A.; SLATER, B. Métodos de inquéritos alimentares. In: FISBERG, R. M. et al. **Inquéritos alimentares: métodos e bases científicas**. Barueri: Manole Ltda., 2005, p. 1-31.

FLEGAL, K. M et al. Prevalence and trends in obesity among USA adults, 1999-2000. **J Am Med Assoc**, Chicago, v.288, p1723-7, 2002.

FRANÇA, J. L. **Manual para normalização de publicações tecnico-científicas**. 8ª Ed. rev. e ampl. Ed. UFMG, 2007. 225p.

FRANCO, M. A. S. F. **Pedagogia da pesquisa-Ação**. São Paulo: Educação e Pesquisa, 2005. p. 485-502.

FREEDMAN, D. S. Et al. Relation of circumferences and skinfold thicknesses to lipid and insulin concentrations in children and adolescents: the Bogalusa Study. **Am J Clin Nutr**, Bethesda, v. 69, n. 2, p. 308-17, Feb.,1999.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 28ª edição. São Paulo: Editora Paz e Terra, 2003. 148p.

FREITAS, V. G. et al. Uma reflexão sobre a obesidade na infância e adolescência: da falta de amora fome de amor. **Rev Méd Minas Gerais**, v. 16, n. 4 (supl 4), p. 225-8, 2006.

FRIEDRICH, M. J. Epidemic of obesity expands its spread to developing countries. **JAMA**, Chicago, v. 287, n. 11, p. 1382-1386, mar., 2002.

FONSECA, V. M.; SICHIERI R.; VEIGA G. V. Fatores associados à obesidade em adolescentes. **Rev Saúde Pública**, v. 32, n. 6, p. 541-9, 1998.

GARCIA, R. W. D. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. **Rev Nutr**, Campinas, v. 16, n. 4, out/dez., 2003.

GARCIA, R. W. D.; CANESQUI, A. M. (Org.) **Antropologia e Nutrição: um diálogo possível**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ (Coleção Antropologia e Saúde), 2005. 306p.

GIL, A. C. **Estratégias de ensino e aprendizagem**. Páginas 57 a 67, Capítulo 16. In: Metodologia do ensino superior. 4ª edição, Sao Paulo: Editora Atlas SA, 2005. 122p.

GOLAN, M.; CROW, S. Parents are key players in the prevention and treatment of weight-related problems. **Nutr Rev**, New York NY, v. 62, p, 39–50.2004

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 5ª ed. Petrópolis: Vozes, 1997. 224p.

HORNE, R. Compliance, Adherence, and Concordance - Implications for Asthma Treatment. **CHEST - American College of Chest Physicians**, Brighton, UK, v.130, n 1(suppl), p. 65-72, Jul., 2006.

HORN, L. V. V. Et al. Adherence to dietary recommendations in the special intervention group in the Multiple Risk Factor Intervention. Trial. **Am J Clin Nutr**, Bethesda, v.65, p.289S-304, 1997.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003. **Antropometria e análise do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil**. Rio de Janeiro, 2006.

IERVOLINO, S.A.; PELICIONI, M.C.F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Rev Esc Enf, USP**, v. 35, n. 2, p. 115-21, jun., 2001.

JOMORI, M. M.; PROENÇA, R. P. C.; CALVO, M. C. M. Determinantes de escolha alimentar. **Rev Nutr**, Campinas, v. 21, n.1, jan/fev., 2008.

KRISTAL, A.L. et al. How can stages of change be best used in dietary interventions? **J Am Diet Assoc**, Chicago, v. 99, n. 6, p.679-84, 1999.

LAPPALAINEN, R.; SABA, A. Difficulties in trying to eat healthier: descriptive analysis of perceived barriers for healthy eating. **Eur J Clin Nutr**, Basingstoke, v. 51, (suppl. 2), p 36-40, 1997.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: ARTMED, 1999. 340p.

LEÃO, L. S. C. et al. Prevalência de obesidade em escolares de Salvador, Bahia. **Arq Bras Endocrinol e Metab**, São Paulo, v. 47, n. 2, p.151-7, abr., 2003.

LIMA, R. T. et al. Educação em Saúde e Nutrição em João Pessoa, Paraíba. **Rev Nutr**, Campinas, v.13, n.1, p29-36, jan/abr., 2000.

LIMA, S. C. V. C.; ARRAIS, R. F.; PEDROSA, L. F. C. Avaliação da dieta habitual de crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade. **Rev Nutr**, Campinas, v. 17, n. 4, p. 469-77, out/dez., 2004.

LINDEN, S. **Educação nutricional: algumas ferramentas de ensino**. São Paulo: Varela, 2005.153 p.

LOHMAN, T. G.; ROCHE, A. F. E.; MARTORELL, R. **Anthropometric standardization reference manual assessment**. Champagnat (Il): Human Kinectics Books, 1988.

LOURENÇO, B. **Adolescência - Características psicoemocionais do desenvolvimento**. *Pediatria Moderna*, v.38, n, 8, ago. 2002. Disponível em: http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=2061

Acesso em 18 jul. 08.

LUIZ, A. M. A. G. et al. Depressão, ansiedade, competência social e problemas comportamentais em crianças obesas. **Estud Psicol**, Natal, v. 10, n. 3, p. 371-5. 2005

MANTOANELLI, G. et al. Educação nutricional: uma resposta ao problema da obesidade em adolescentes. **Rev Bras Crescimento Desenv Hum**, São Paulo, v.7, n. 2, p. 85-93, 1997.

MCLEAN, N. et al. Family involvement in weight control, weight maintenance and weight-loss interventions: a systematic review of randomised trials. **International Journal of Obesity** , n. 27, p. 987–1005, 2003.

MARKOWITZ, S.; FRIEDMAN, M. A.; ARENT S. M. Understanding the Relation Between Obesity and Depression: Causal Mechanisms and Implications for Treatment. **Clin Psychol Sci Prac**, v. 15, n. 1, p. 1–20, 2008.

MARTINS, C. **Aconselhamento nutricional**. In: RIELLA, M.C & MARTINS, C. *Nutrição e o rim*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. 264-82 p.

MELLO, E. D.; LUFT, V.C.; MEYER, F. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v.80, n. 3, p. 173-82, 2004a.

MELLO, E. D.; LUFT, V. C.; MEYER, F. Atendimento ambulatorial individualizado *versus* programa de educação em grupo: qual oferece mais mudança dos hábitos alimentares e de atividade física em crianças obesas? **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 80, n.6, p. 468-74.2004b.

MILLER, N. H. Compliance with treatment regimens in chronic asymptomatic diseases. **Am J Med**, New York NY, v.102, n. 2A, p. 43-48. 1997,

MILLER, W. R., ROLLNICK, S. - **Entrevista Motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001. TRADUÇÃO DE: MILLER, W. R. & ROLLNICK, S. - *Motivational Interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. (The Guilford Press- New York, 1991).

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 8ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 269p.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 25ª. ed. rev. atual. Petrópolis: Vozes, Petrópolis, 2007. 108p.

MIRANDA, E. M. F.; ALMEIDA, M. A. O uso da dinâmica em grupo de pacientes somáticos. **Cad Psicol**, Belo Horizonte, v.6, n. 8, p. 33-43, jul., 1999.

MORGAN, D. L. **Focus Groups as Qualitative Research**. Sage University paper series in: Qualitative Research Methods, Vol 16, 2ª Ed. Newbury Park: Sage Publications, 1997. 80 p.

MOTA, J.; et al. Relationships between physical activity, obesity and meal frequency in adolescents. **Ann Hum Biol**, London, v. 35, n. 1, p.1-10, Jan-Feb., 2008.

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. 9, p. 920-923, 2006.

NELMS, B.C. Childhood obesity: taking on the issue. **J Pediatr Health Care**, St Louis, v. 15, n. 2, p. 47-48, Mar. 2001.

O'BRIEN, S. H.; HOLUBKOV, R.; REIS, E. C. Identification, evaluation and management of obesity in an Academic Primary Care Center. **Pediatrics**, Evanston, v.114, n. 2, p.154-59, aug., 2004.

OLIVEIRA, V. Z.; GOMES, W. B. Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas. **Estud Psicol**, Natal, v. 9, n. 3, p. 459-469, 2004.

PARIZZI, M. R. **Adesão ao tratamento de crianças e adolescentes obesos atendidos no ambulatório do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais** - HC/UFMG, 2004, 120f. Dissertação (mestrado). Faculdade de Medicina UFMG, Belo Horizonte.

PASHANKAR, D. S.; LOENING-BAUCKE, V. Increased Prevalence of Obesity in Children With Functional Constipation Evaluated in an Academic Medical Center. **Pediatrics**, Evanston, v.116, n. 3, p. 377-80, Sep., 2005.

PEREZ, G. H.; ROMANO, B. W. Comportamento Alimentar e Síndrome Metabólica: Aspectos Psicológicos. **Rev Soc Cardiol**, São Paulo, v.4, p.544-50, jul/ago., 2004.

PINELLI, L. et al. Childhood obesity: results of a multicenter study of obesity treatment in Italy. **J Pediatr Endocrinol Metab**, London, v. 12, p. 795-799, 1999.

POULAIN J. P. **Sociologias da alimentação**. Florianópolis: Editora UFSC, 2004. 311p.

PROCHASKA J.O.; DI CLEMENT, C.C. Stages and process of self-change of smoking: toward an integrative model of change. **J Consult Clin Psychol**, St Louis, v. 51, n.3, p. 390-5. 1983.

PROCHASKA J.O. et al. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. **Health Psychol**, Hillsdale, v.13, n.1, p. 39-46, 1994.

QUEIRÓZ, M. I. P. **Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva**. São Paulo: CERU e FFLCH/USP, 1983.

REILLY, J. J. et al. Early life risk factors for obesity in childhood: cohort study. **BMJ**, London, v. 330, n. 7504, p, 1357-9, may., 2005.

RHEE, K. E. et al. Factors Associated With Parental Readiness to Make Changes for Overweight Children. **Pediatrics**, Evanston, v. 116, n. 1, jul., 2005.

RIGOTTO, R. M. As técnicas de relatos orais e o estudo das representações sociais em saúde. Rio de Janeiro: **Ciênc Saúde Coletiva**, 1998. 116-129p.

RISING, R.; LIFSHITZ, F. Relationship between maternal obesity and infant feeding – interactions. **Nutr J (online)**, n. 4, p. 17, 2005.

RODRIGUES, E. M.; BOOG, M. C. F. Vivência afetiva com alimentos: estratégia de sensibilização em ação educativa com adolescentes obesos. **Nutrição em Pauta**, v.72, p.41-45, mai/jun., 2005.

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, mai., 2006.

RODRIGUES, E. M.; SOARES, F. P. T.; BOOG, M. C. F. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. **Rev Nutr**, Campinas, v. 18, n.1, p. 119-128, jan-fev., 2005.

ROSENBAUM, M.; LEIBEL, R. L. The physiology of body weight regulation: relevance to the etiology of obesity in children. **Pediatrics**, Evanston, v. 101, n. 3, p. 525-39, 1998.

SAITO, M. I.; SILVA, L. E. V. **Adolescência: Prevenção e Risco**. São Paulo: Editora Atheneu, 2001. 462 p.

SANTOS, L. A. S. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. **Rev Nutr**, Campinas, v. 18, n. 5, p.681-692, out., 2005.

SAVAGE, J.S.; FISHER, J.O.; BIRCH, L.L. Parental influence on eating behavior: conception to adolescence. **JLME**, v, 35, n. 1, p. 22-34, 2007.

SCHWARTZ, M.B.; BROWNELL, K.D. Actions necessary to prevent childhood obesity: creating the climate for change. **JLME**, v. 35, n. 1, p. 78-89, 2007.

SHAY, L. E. A Concept Analysis: Adherence and Weight Loss. *Nursing Forum*, v. 43, n, 1, p. 42-52, Jan. 2008. Disponível em: <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1744-6198.2008.00095.x> .Acesso em 20 mai. 08

SICHERI, R.; SOUZA, R. A. Estratégias para prevenção da obesidade em crianças e adolescentes. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24 (supl. 2), p. 209-234, 2008.

SILVEIRA, L. M. C.; RIBEIRO, V. M. B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. **Interface Comum Saúde Educ**, v. 9, n. 16, p. 91-104, fev., 2005.

SIMIONI, A. M. C.; LEFÈVRE, F.; PEREIRA, I. M. T. B. **Metodologia qualitativa nas pesquisas em saúde coletiva: considerações teóricas e instrumentais**. São Paulo: USP, 1996. 15p.

SNELL, E. K.; ADAM, E. K. ; DUNCAN, G. J. Sleep and the body mass index and overweight status of children and adolescents. **Child Dev.**, v. 78, n. 1, p. 309-23, 2007.

SNEWTSELAAR, L. **Aconselhamento para mudança nutricional**. In: KRAUSE, M. V.; ESCOTT-STUMP, S.; MAHAN, L. K. Krause: Alimentos, Nutrição & Dietoterapia. 11ª Ed, São Paulo: Roca, 2005. cap 21, p429 – 45, 1242 p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I Diretriz de Prevenção da Aterosclerose na Infância e na Adolescência. **Arq Bras Cardiol**, v. 85 (supl. 6), Dez., 2005

SOLYMOS, G. M. B. A centralidade da pessoa na intervenção em nutrição e saúde. **Estud Av**, v. 20, n. 58, p. 111-122, 2006.

STEINBECK, K. S. The importance of physical activity in the prevention of overweight and obesity in childhood: a review and an opinion. **Obes Rev**, Oxford, v.2, n. 2, p.117-30, 2001.

STEWART, D.W.; SHAMDASANI, P.N. **Focus groups: theory and practice applied social research methods series**. London: Sage, 1990.

STEWART, L.; CHAPPLE, J. Parent's journey through treatment for their child's obesity: a qualitative study. **Arch Dis Child**, London, v. 93, n. 10, p. 35-39, 2008.

STORY, M. T. et al. Management of Child and Adolescent Obesity: Attitudes, Barriers, Skills, and Training Needs Among Health Care Professionals. **Pediatrics**, Evanston, v.110, p. 210-214, 2002.

STYNE, D. M. Childhood and adolescent obesity. Prevalence and significance. **Pediatr Clin North America**, Philadelphia, v. 48, p.823-53, 2001.

SWALLEN, K. C. et al. Overweight, obesity and health-related quality of life among adolescents: The National Longitudinal study of Adolescent Health. **Pediatrics**, Evanston, v. 115, n. 2, p.340-47, 2005.

TAYLOR, R. W. et al. Evaluation of waist circumference, waist-to-hip ratio, and the conicity index screening tools for high trunk fat mass, as measured by dual-energy X-ray absorptiometry, in children aged 3-19 y. **J Clin Nutr**, Philadelphia, v. 72, p. 490-495, 2000.

TEIXEIRA, A. N.; BECKER, F. Novas possibilidades da pesquisa qualitativa via sistemas CAQDAS. **Sociologias**, n. 5, p. 94-113, jan/jun., 2001.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa ação**. 7ª Ed. São Paulo: Cortez Editora, São Paulo, 1996. 108p.

TRICHES, R. M. **Associação entre obesidade, práticas alimentares e conhecimentos básicos em nutrição em escolares de 8 a 10 anos de idade**. Porto Alegre, 2004. Dissertação (mestrado). Faculdade de Medicina da UFRGS, Porto Alegre.

TRICHES, R. M.; GIUGLIANI, E. R. J. Obesidade, práticas alimentares e conhecimentos de nutrição em escolares. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 4, p. 541-7, 2005.

TONIAL, S. R. **Desnutrição e obesidade: faces contraditórias na miséria e na abundância**. Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), (Série: Publicações Científicas do Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), Recife, n. 2. 2001.

TONIAL, S. R. Obesidade: um problema complexo. **Rev. Méd. Minas Gerais**, v. 17, (suppl. 1), p.55-62, dez., 2007.

TORAL, N.; SLATER, B. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. **Ciênc. saúde coletiva**, v.12, n.6, p.1641-1650, nov./dez, 2007

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1994. 175p.

TURANO, W.; ALMEIDA, C. C. C. **Educação nutricional** In: GOUVEIA, E.L.C. *Nutrição, Saúde & Comunidade.* 2ª Ed, Rio de Janeiro: Revinter. 1999. Cap.3, p. 57 a 76, 247p.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas.** 2ª Ed. Petrópolis: Vozes; 2003.

UWE, F. **Uma introdução à pesquisa qualitativa.** 2ª Ed. Porto Alegre: Bookman, 2004. 312p.

VEUGELERS, P. J.; FITZGERALD, A. L. Prevalence of and risk factors for childhood overweight and obesity. **CMAJ.** Ottawa, v. 173, n. 6, p. 607-13, 2005.

WANG, Y.; MONTEIRO, C. A.; POPKIN, B. M. Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China and Russia. **Am J Clin Nutr,** Bethesda, v.75, p 971-7, 2002.

WHITE, M. A. e col. Mediators of weight loss in a family-based intervention presented over the internet. **Obes Res,** Baton Rouge, v.12, n.7, p. 1050-9, Jul., 2004.

WHO – World Health Organization. **Physical status: the use and interpretation of anthropometry.** Report of a WHO Expert Committee. World Health Organ Tech Rep Ser, 1995. 854p.

WHO – World Health Organization. **Obesity preventing and managing the global epidemic:** Report of a WHO Consultation of Obesity. Geneva; 1998. 275p.

WHO – World Health Organization. **Obesity and overweight: Global strategy on diet, physical activity and healthy.** Geneva, 2003a. Disponível em: <www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsf Obesity.pdf> Acesso em: 13 mai. 2008.

WHO – World Health Organization. **Adherence to long-term therapies: evidence for action. Observatory on health care for chronic conditions,** Geneva, 2003b. Disponível em: <http://www.who.int/chronic_conditions/en/adherence_report.pdf> Acesso em: 18 jun. 2007.

WHO – World Health Organization. **What are overweight and obesity?** Genève: WHO, 2006.

WHO – World Health Organization. **A guide for population-based approaches to increasing levels of physical activity: implementation of the WHO global strategy on diet, physical activity and health.** Geneva: WHO, 2007.

ZACCARELLI, E. M. Modelo transteórico e Curso de Vida. In: FISBERG, R. M. et al. **Inquéritos alimentares: métodos e bases científicas.** Barueri: Editora Manole Ltda., 2005, p. 53-70.

ANEXOS

ANEXO A – Parecer do comitê de ética da UFMG

Universidade Federal de Minas Gerais
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP


Parecer nº. ETIC 177/06

**Interessada: Profa. Cristiane de Freitas Cunha
Departamento de Pediatria
Faculdade de Medicina-UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP, aprovou no dia 30 de junho de 2006, depois de atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado "**Estudo dos fatores relacionados com a adesão ao tratamento da obesidade em adolescentes atendidos em um serviço público de saúde**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do referido projeto.

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


Profa. Dra. Maria Elena de Lima Perez Garcia
Presidente do COEP/UFMG

ANEXO B – Parecer do comitê de ética da SMSA**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
BELO HORIZONTE (CEP-SMSA/PBH)**

Avaliação de projeto de pesquisa – **Protocolo 020/2006**

Projeto: “Estudo dos fatores relacionados com a adesão ao tratamento da obesidade em adolescentes atendidos em um serviço público de saúde.”

Nome do pesquisador: Tatiana Resende Prado Rangel de Oliveira

O projeto acima referido cumpriu os requisitos da resolução 196/96 da CONEP, tendo sido aprovado na reunião do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

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

Celeste de Souza Rodrigues
Coordenadora do CEP-SMSA/PBH

Celeste de Souza Rodrigues - BM: 37316-1
Gerência de Vigilância em Saúde e Informação - SMSA/BH

Belo Horizonte, 07 de Novembro de 2006.

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Tatiana Resende Prado Rangel de Oliveira, nutricionista da Secretaria Municipal de Saúde, responsável pela pesquisa "**Tratamento da obesidade em adolescentes atendidos em um serviço público de saúde**" apresenta aos participantes as seguintes informações:

- a pesquisa será realizada com os adolescentes atendidos na Unidade Saudade e seus pais e tem por objetivo analisar os fatores relacionados com o tratamento da obesidade em adolescentes atendidos neste serviço de saúde;
- a participação dos adolescentes e seus pais consiste em responder os questionários no início e após um ano de tratamento, além de uma entrevista;
- a metodologia e intervenções utilizadas não trazem nenhuma possibilidade de risco físico e nutricional;
- as entrevistas serão gravadas e as informações serão utilizadas sem identificação das pessoas entrevistadas. As fitas serão destruídas após análise do material;
- o entrevistado que aceitar participar terá todo o direito, a qualquer momento, de solicitar que sua entrevista seja interrompida ou não seja utilizada na pesquisa;
- o pesquisador assume a responsabilidade de manter sigilo das informações ou dados confidenciais envolvidos na pesquisa, não expondo a identidade dos participantes. Os dados serão utilizados exclusivamente para esta pesquisa;
- terminada a pesquisa, a mesma será apresentada ao programa de pós-graduação em Ciências da Saúde e poderá ser divulgada nos meios acadêmicos e científicos.

Diante do exposto, o pesquisador solicita aos participantes a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, em duas vias (uma para o pesquisador e outra para o paciente/responsável). Qualquer dúvida poderá ser esclarecida nos seguintes telefones:

- Tatiana R. P. R. Oliveira - telefone 3481-4020 (ramal 309) ou 9612-9497
- prof. Dra. Cristiane Cunha - telefone 3248- 9770- Alfredo Balena, 190 sala 4061

Eu, _____, responsável pelo paciente _____ concordo com a minha participação nesta pesquisa. Declaro que faço esta autorização de livre e espontânea vontade e que em nenhum momento eu me senti coagido a fazê-lo. A desistência de participar ou o não consentimento não trará nenhum prejuízo para mim (responsável) ou meu (minha) filho (a).

Assinatura legível do responsável

Assinatura legível do adolescente

ANEXO D – Atendimento Nutricional URSS

Nome: _____ **Telefone:** _____
 Prontuário nº: _____ Data da 1ª consulta: ____/____/____
 Acompanhante (parentesco): _____
 Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Sexo: () M () F
 Série: _____ Estuda no turno: _____ Já repetiu o ano? _____
 Nº de irmãos: _____ Ordem de nascimento: () 1º () 2º () 3º () 4º () 5º ou mais
 Peso ao nascer: _____ Idade gestacional: _____ Desmame: _____
 Peso informado: _____ Peso usual: _____ Obesidade desde: _____

Antropometria/data									
PESO									
ALTURA									
IMC									
CIRC. CINTURA									
CIRC. QUADRIL									
RELAÇÃO C/Q									
PCT									
Diagnóstico nutric.									

Parâmetros/Data					Parâmetros/Data				
Glicemia jejum					Colesterol total				
Hemoglobina					HDL				
Hematócrito					LDL				
Insulina					TG				
PA									

Avaliação Nutricional da Família

	MAGRO	NORMAL	SOBREPESO	OBESIDADE	IMC	Responsável
PAI						
MÃE						
IRMÃO 1						PESO:
IRMÃO 2						
IRMÃO 3						
TIOS MATERNOS						ALTURA:
TIOS PATERNOS						
AVÔ MATERNO						
AVÓ MATERNA						
AVÔ PATERNO						
AVÓ PATERNA						

DOENÇAS NA FAMÍLIA

Hipertensão arterial () sim () não Quem? _____

Diabetes () sim () não Quem? _____

Motivo do encaminhamento: _____

Doenças associadas: _____

História pregressa: _____

Usa algum medicamento? _____ Qual? _____

Já fez alguma dieta? _____ quantas vezes? _____ Qual foi a última vez? _____

Quem prescreveu? _____ perdeu peso? _____

Alterações no trato gastrointestinal (gases, azia)? _____

Hábito intestinal: () Bom () Regular () Ruim _____

Mastigação: () come depressa () come devagar

***HÁBITOS ALIMENTARES**

Nº refeições/dia: _____ Local das refeições: _____
 Quem prepara as refeições: _____ Ingesta água/dia: _____
 Gordura de cocção: _____ Consumo: _____ Pessoas: _____
 Preferência alimentar: _____
 Alimentos que não gosta: _____

FREQUÊNCIA ALIMENTAR									
Alimentos / Frequência	Diário	Semanal	Mensal	Rara- mente	Alimentos / Frequência	Diário	Semanal	Mensal	Rara- mente
Arroz					Doces				
Carne					Iogurte				
Feijão					Bala/chocolate				
Embutidos					Pão				
Frituras					Maionese				
Frutas					Marg/manteiga				
Legumes					Queijos				
Verduras					Sanduíches				
Ovos					Salgados				
Massas					Biscoitos				
Refrigerante					Bolos				
Leite					Pizza				
Café					Pipoca				
Sucos					Açúcar/adoçante				

***DIETA HABITUAL**

Refeição	Alimento/ medida caseira
Desjejum Hora: Local:	
Colação Hora: Local:	
Almoço Hora: Local:	
Lanche Hora: Local:	
Jantar Hora: Local:	
Ceia Hora: Local:	

ANEXO E – Estágio de Mudança do Comportamento Alimentar

1. Você alguma vez mudou seus hábitos alimentares tentando comer de forma mais saudável?

- Sim () vá para a questão 2
 Não () vá para a questão 4
 Não se lembra..... () vá para a questão 4

2. Você está comendo ou tentando comer de forma mais saudável, atualmente?

- Sim () vá para a questão 3
 Não..... () vá para a questão 7 **RELAPSO**
 Não sabe..... () vá para a questão 4

3. Há quanto tempo você vem comendo ou tentando comer de forma mais saudável?

- Menos de 6 meses..... () vá para a questão 6 **AÇÃO**
 6 meses ou mais..... () vá para a questão 6 **MANUTENÇÃO**
 Não se lembra..... () vá para a questão 6

4. Durante o último mês você pensou sobre mudanças que você poderia fazer para comer de forma mais saudável?

- Sim () vá para a questão 5
 Não..... () vá para a questão 7 **PRÉ CONTEMPLAÇÃO**
 Não sabe..... () vá para a questão 7

5. Qual o grau de confiança de que você vai fazer mudanças de maneira que se alimente de forma mais saudável no próximo mês?

- Confiante..... () vá para a questão 6 **DECISÃO**
 Muito confiante..... () vá para a questão 6 **DECISÃO**
 Pouco confiante () vá para a questão 6 **CONTEMPLAÇÃO**
 Muito pouco confiante..... () vá para a questão 6 **CONTEMPLAÇÃO**
 Não sabe..... () vá para a questão 6

6. Que tipo de mudança você tem feito ou espera fazer em sua alimentação?

7. Quais as dificuldades que você encontra para tentar comer de forma mais saudável?

ANEXO F – Questionário aplicado aos adolescentes

CONHECIMENTOS DE NUTRIÇÃO E OBESIDADE

Qual dos alimentos abaixo é mais rico em gordura?

- a) Leite integral b) leite desnatado c) não sei

Qual dos alimentos abaixo é mais rico em colesterol?

- a) Linquiça b) peixe c) não sei

Qual dos alimentos abaixo é mais rico em fibras?

- a) verduras b) carnes c) não sei

Qual dos alimentos abaixo é mais rico em carboidratos?

- a) verduras b) arroz c) não sei

Qual dos alimentos abaixo é mais rico em vitaminas e minerais?

- a) refrigerante b) suco de frutas c) não sei

Qual dos alimentos abaixo é mais calórico (engorda mais)?

- a) arroz b) carne c) não sei

Quantas refeições uma pessoa precisa fazer por dia?

- () 2 a 3 () 4 a 6 () deve comer só quando sentir fome

As pessoas necessitam consumir açúcar para não ficar fracas?

- () sim () não () não sei

“O azeite faz bem para o coração e deve ser usado nas dietas para emagrecer”.
Esta afirmação está correta?

- () sim () não () não sei

Para emagrecer uma pessoa deve comer:

- () somente salada de vegetais
() salada de vegetais e carne
() alimentos variados, preparados com pouca gordura

Você acha que a obesidade é uma doença?

- () sim () não () não sei

Você acha que toda pessoa gorda é fraca ou relaxada?

- () sim () não () não sei

PRÁTICAS ALIMENTARES

Como você classifica sua alimentação?

- () ótima () boa () ruim

Você toma o café da manhã?

- () Sim, sempre () Sim, mas nem sempre () Não

Número de refeições por dia: (incluindo os lanches)

- () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6

Você come entre as refeições?

- () não () às vezes () sempre

Onde você faz suas refeições?

a mesa em frente a TV outro lugar

Com quem você faz suas refeições na maioria das vezes?

toda família sozinho irmãos avós empregada com pais/ filhos

Ingestão diária de água (copo de 200 ml):

1 a 3 4 a 6 mais de 7

Ao fazer suas refeições você:

come depressa come devagar, mastigando bem não sei

Com que frequência você come:

ALIMENTO	TODOS OS DIAS	QUASE TODOS OS DIAS	DE VEZ EM QUANDO	NUNCA
Salada de vegetais				
Frutas				
Chocolate/balas				
Salgadinhos/chips				
Biscoito recheado				
Frituras				

Com que frequência você bebe:

ALIMENTO	TODOS OS DIAS	QUASE TODOS OS DIAS	DE VEZ EM QUANDO	NUNCA	QUANTIDADE
Refrigerante					
Leite					
Café					

ATIVIDADE FÍSICA E REPOUSO

Quantas vezes por semana você pratica alguma atividade física?

nenhuma vez
 1 a 2 dias por semana
 3 a 4 dias por semana
 5 dias por semana ou mais

Quantas horas de sono você tem por noite?

menos de 6 horas
 6 a 7 horas
 8 horas
 9 horas ou mais

A que horas você costuma dormir?

até às 21 horas
 22 horas
 23 horas
 meia noite ou depois

ANEXO G – Questionário aplicado aos pais

DATA: _____	Nº PESQUISA: _____	SEXO: ()M ()F
NOME: _____		IDADE: _____
Nome do adolescente: _____		
POFISSÃO: Pai: _____		
Mãe: _____		
ESCOLARIDADE: Pai: _____		
Mãe: _____		
Local de residência (cidade/ bairro) _____		
Renda familiar: _____ (nº salários mínimos)		Casa própria? _____

As questões abaixo são sobre seu filho(a).**Você se preocupa com o peso de seu filho(a)?**

() sim () não () não sei

Como você avalia o peso do seu filho(a)?

() normal () um pouco gordo () gordo () muito gordo () não sei

Você acha que seu filho(a) se preocupa com o peso dele(a)?

() sim () não () não sei

Comparando com a sua atividade física, você acha que seu filho(a) é:() mais ativo do que você
() menos ativo do que você
() igual
() não sei**Comparando a sua alimentação com a de seu filho, você acha que:**() a alimentação do seu filho é mais saudável que a sua
() a alimentação do seu filho é menos saudável que a sua
() a alimentação do seu filho é igual a sua
() não sei**Você mudaria sua alimentação para ajudar no tratamento do seu filho(a)?**

() sim, sem dificuldades

sim, mas teria dificuldades

não

Você mudaria sua atividade física para ajudar seu filho(a)?

sim, sem dificuldades

sim, mas teria dificuldades

não

Quem é responsável por controlar o peso do adolescente?

os pais ou responsáveis

o próprio adolescente

o médico ou demais profissionais de saúde

os pais junto com o adolescente

todos acima

Qual você pensa ser a principal causa da obesidade nos adolescentes?

genético, hereditário (passa de pai para filho)

maus hábitos alimentares

pouca atividade física

fatores emocionais (ansiedade, nervosismo)

não sei

Qual o resultado esperado para o tratamento de seu filho?

AS QUESTÕES A SEGUIR SÃO SOBRE VOCÊ

Você está fazendo regime para emagrecer ou manter o peso atualmente?

Não

Sim

Você já fez dieta para emagrecer ou para manter o peso?

Não

Sim

nº vezes _____

Você já tomou remédios ou fórmulas para emagrecer?

Não

Sim

Você se considera gordo (a)?

Não

Sim

não sei

Como você classifica sua alimentação?

ótima

boa

ruim

Você toma o café da manhã?

Sim, sempre Sim, mas nem sempre Não

Número de refeições por dia: (incluindo os lanches)

1 2 3 4 5 6

Você come entre as refeições?

não às vezes sempre

Onde você faz suas refeições?

a mesa em frente a TV outro lugar

Ingestão diária de água (copo de 200 ml):

1 a 3 4 a 6 mais de 7

Ao fazer suas refeições você:

come depressa come devagar, mastigando bem não sei

Com que frequência você come:

ALIMENTO	TODOS OS DIAS	QUASE TODOS OS DIAS	DE VEZ EM QUANDO	NUNCA
Salada de vegetais				
Frutas				
Chocolate/balas				
Salgadinhos/chips				
Biscoito recheado				
Frituras				

Com que frequência você bebe:

ALIMENTO	TODOS OS DIAS	QUASE TODOS OS DIAS	DE VEZ EM QUANDO	NUNCA	QUANTIDADE
Refrigerante					
Leite					
Café					

Quantas vezes por semana você pratica alguma atividade física?

- nenhuma vez
 1 A 2 dias por semana
 3 a 4 dias por semana
 5 ou mais dias por semana

Quantas horas de sono você tem por noite?

- menos de 6 horas
 6 a 8 horas
 9 horas ou mais

ANEXO H – Roteiro para Conduzir o Grupo Focal

1. Compreensão da obesidade, suas causas e conseqüências

Obesidade como doença

Tratamento e cura da obesidade

Causas da obesidade

Problemas enfrentados, dificuldades diárias

2. Fatores facilitadores do processo de emagrecimento

3. Fatores que dificultam o processo de emagrecimento

4. Sentimentos e expectativas quanto ao tratamento

Sentimentos ao trazer o filho para o atendimento

Expectativas quanto ao tratamento

Avaliação do tratamento

ANEXO I – Resumo do artigo I

REVISTA: Suplemento de Pós Graduação da Revista Médica de Minas Gerais

CATEGORIA: Educação Continuada (artigo de revisão)

Tratamento da obesidade na infância e adolescência: uma revisão da literatura

RESUMO: É consenso que a obesidade na infância e adolescência vem aumentando de forma significativa, nas últimas décadas, já sendo reconhecida como uma verdadeira epidemia mundial. A obesidade é um problema com grande prevalência e complexidade, levando à frustração profissionais de saúde e pacientes, representando um desafio terapêutico. Este estudo discute as inúmeras abordagens terapêuticas para o problema da obesidade nesta faixa etária, como o atendimento ambulatorial individualizado, programas de educação em grupo, medicamentos e abordagens cirúrgicas. A importância do atendimento multidisciplinar no tratamento da obesidade é ressaltada. Os agentes farmacológicos atuais não estão aprovados para tratamento da obesidade na infância, e o tratamento cirúrgico permanece como última opção, pois os efeitos, a longo prazo, ainda não são completamente conhecidos. É recomendado que a intervenção comece precocemente, que os programas de tratamento instituem mudanças permanentes e que auxiliem as famílias a fazerem alterações pequenas e graduais. Dietas muito restritivas não são aconselháveis e podem promover déficit de crescimento estatural. Como os programas de intervenção ainda têm pouco consenso, a prevenção continua sendo o melhor caminho. Prevenir a obesidade na infância e adolescência significa diminuir de forma racional e menos onerosa a incidência de doenças crônico-degenerativas.

PALAVRAS-CHAVE: Obesidade, criança, adolescente, terapia

ANEXO J – Resumo do artigo II

REVISTA: Suplemento de Pós Graduação da Revista Médica de Minas Gerais

CATEGORIA: artigo original

Aspectos cognitivos e emocionais de adolescentes com excesso de peso e seus responsáveis

Objetivos: Descrever os fatores psicológicos e cognitivos de uma amostra de adolescentes e seus responsáveis, atendidos em ambulatório, além de discutir a influência destes fatores no desenvolvimento e manutenção do sobrepeso e obesidade. **Métodos:** Estudo observacional, transversal realizado em unidade da Secretaria Municipal de Saúde em Belo Horizonte (MG). Participaram os adolescentes encaminhados para a primeira consulta no ambulatório de nutrição, com diagnóstico de obesidade, no período de Junho de 2006 a Junho de 2007. **Resultados:** Foram avaliados 58 adolescentes com idade entre 10 e 19 anos e renda familiar média de R\$ 870,70. Neste estudo encontramos alto índice de repetência escolar e 13,8% de uso regular de medicamentos antidepressivos ou ansiolíticos entre os adolescentes. A maioria dos pesquisados apresentou história familiar de obesidade, baixa escolaridade dos pais, história anterior de dieta sem sucesso e hábito de comer depressa. Cerca de 60% dos pacientes e de seus pais apresentaram conhecimentos médios de nutrição e 72,4% dos adolescentes consideraram sua alimentação boa ou ótima. Para metade dos adolescentes o excesso de peso não é um fator que incomoda e 60,8% dos pacientes encontravam-se nos estágios iniciais do modelo de Estágios de Mudança do Comportamento Alimentar. **Conclusões:** A importância dos fatores psicológicos e cognitivos que podem estar envolvidos no surgimento e manutenção do excesso de peso em adolescentes precisa ser considerada na condução do tratamento destes pacientes. É necessário aprofundar as potencialidades da abordagem interdisciplinar de modo a melhorar a adesão destes pacientes ao tratamento.

Palavras chave: Obesidade, Adolescente, Comportamento alimentar, Conhecimentos, atitudes e prática em saúde.

ANEXO K – Resumo do artigo III**REVISTA:** Suplemento de Pediatria da RMMG**CATEGORIA:** Atualização Terapêutica**EDUCAÇÃO NUTRICIONAL COMO ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO PARA O TRATAMENTO DA OBESIDADE NA ADOLESCÊNCIA.**

Resumo: A obesidade é um problema de saúde pública, com prevalência crescente e muitas conseqüências físicas e psicológicas para os pacientes. Este artigo tem por objetivos discutir o tratamento da obesidade na adolescência, utilizando a contribuição das ciências sociais e enfatizar a importância da educação nutricional. Para entender o comportamento alimentar de um indivíduo, deve-se levar em consideração a inter-relação de fatores externos e internos que influenciam esse comportamento. As propostas de mudanças no padrão alimentar precisam considerar os aspectos econômicos e socioculturais envolvidos no universo alimentar dos indivíduos. É importante adotar uma compreensão mais emocional do ser humano na prática da assistência em saúde, de modo a melhorar os resultados do tratamento de adolescentes com excesso de peso. Os estudos têm demonstrado a importância do atendimento interdisciplinar no tratamento da obesidade, como forma de abordar os aspectos biológicos, psicológicos, comportamentais e ambientais envolvidos no processo.

Palavras chave: Educação nutricional, Obesidade, Adolescente, Comportamento alimentar