

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ANDRÉIA MARTINS SPECHT

**Mudanças no estilo de vida e desistências após a primeira consulta em
um ambulatório de obesidade infantojuvenil**

**Porto Alegre
2014**

ANDRÉIA MARTINS SPECHT

**Mudanças no estilo de vida e desistências após a primeira consulta em
um ambulatório de obesidade infantojuvenil**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Tecnologias do Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Mariur Gomes Beghetto

Porto Alegre

2014

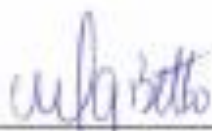
ANDRÉIA MARTINS SPECHT

**Mudanças no estilo de vida e desistências após a primeira consulta em um
ambulatório de obesidade infantojuvenil**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 17 de outubro de 2014

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Mariur Gomes Beghetto
Presidente da Banca – Orientadora
PPGEN/UFRGS



Profa. Dra. Eneida Rajane Rabelo da Silva
Membro da banca
PPGEN/UFRGS



Profa. Dra. Michelli Cristina Silva de Assis
Membro da banca
UNILASALE



Profa. Dra. Elza Daniel de Mello
Membro da banca
FAMED/UFRGS

CIP - Catalogação na Publicação

Specht, Andréia Martins
Mudanças no estilo de vida e desistências após a
primeira consulta em um ambulatório de obesidade
infantojuvenil / Andréia Martins Specht. -- 2014.
65 f.

Orientadora: Mariur Gomes Beghetto.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2014.

1. Enfermagem. 2. Obesidade. 3. Criança. 4.
Adolescente. I. Beghetto, Mariur Gomes, orient. II.
Titulo.

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pelo empenho e dedicação aos alunos. Ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre e ao Serviço de Nutrologia, por oportunizarem a realização deste estudo.

À acadêmica de enfermagem e bolsista de Iniciação Científica Lia Trajano, por sua dedicação junto à coleta e preenchimento do banco de dados.

À minha orientadora Mariur Gomes Beghetto, pela confiança, estímulo e descontração; por me mostrar sempre que é possível lidar com as “múltiplas personalidades” que permeiam o cotidiano do profissional de saúde sem perder a objetividade e a crítica.

À chefia de Enfermagem da UTI do Hospital Nossa Senhora da Conceição, enfermeiras Nára S. G. Azeredo e Adriana Alves dos Santos, pelo estímulo diário e confiança depositada no meu desejo de manter unidas a pesquisa clínica e a assistência à beira leito.

Aos meus colegas enfermeiros da UTI/HNSC, em especial aos do turno da tarde, por compreenderem as dificuldades e os desafios de conciliar o mestrado e as atividades de assistência, pela amizade e parceria no dia-a-dia. Agradecimento em especial aos enfermeiros/colegas/amigos: Rafaela Charão, Thieli Lemos, Deborah Seganfredo, Graziela Ayres de Moraes, Lisiane Souza, Fernanda Azambuja, Veridiana Baldon, Raquel Lutkmeier, grandes incentivadores.

À minha colega de mestrado e de UTI, enfermeira Sofia Barilli, o maior presente que o mestrado me proporcionou.

Aos que apoiam as minhas decisões há algum tempo: meus pais, dinda Elis, amiga Dayanna Lemos.

Aos meus queridos pacientes, são eles que diariamente me mostram que a dedicação, o aperfeiçoamento e a curiosidade fazem toda diferença à assistência.

*"Se um só ponto situado em um círculo
pode ser origem de infinitas linhas,
e se o limite das infinitas linhas que divergem
de tal ponto constitui infinitos pontos que,
somados, voltam a ser um,
concluiremos que a parte é
igual ao todo."*

(Leonardo da Vinci)

RESUMO

SPECHT, Andréia Martins. **Mudanças no estilo de vida e desistências após a primeira consulta em um ambulatório de obesidade infantojuvenil.** 2014. 65 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

Introdução: Mudanças no estilo de vida e aquisição de hábitos saudáveis são a base do manejo da obesidade infantojuvenil. **Objetivo:** Identificar as principais recomendações de mudança no estilo de vida pactuadas e a adesão das crianças com excesso de peso no intervalo de tempo entre a primeira (Co1) e segunda consulta (Co2) ambulatorial. **Método:** Coorte retrospectiva. Foram analisados dados dos atendimentos do ambulatório de obesidade infantojuvenil, no período de 01/01/2008 a 30/11/2011, a crianças e adolescentes com excesso de peso, livres de doença genética ou de uso de medicamento de liberação controlada. Os dados foram coletados diretamente das fichas padronizadas utilizadas nos atendimentos por equipe multiprofissional, coordenada por nutróloga. Na Co1 foram propostas metas relacionadas aos hábitos de vida, alimentares e atividade física. Foi considerada “adesão” quando o paciente relatou na Co2 que atingiu parcial ou totalmente a meta pactuada. Os dados foram analisados no software SPSS v.18.0. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição. **Resultados:** Foram avaliados 305 sujeitos, idade de $10 \pm 3,8$ anos, 51,1% meninas e 71,5% da cor branca. Compareceram à Co1 e Co2 261 indivíduos (85,6%) e a mediana de intervalo de tempo entre Co1 e Co2 foi de 35 (28-42) dias. Para as crianças que compareceram à Co1 e Co2 foram pactuados 401 desafios de mudança de hábito alimentar (86,8% de adesão), 264 de atividade física (adesão de 70,2%) e 218 de mudança de hábitos de vida (adesão de 72,4%). Houve diferença significativa na recomendação de algumas pactuações quando comparadas por sexo e faixa etária, sendo que a adesão para algumas recomendações foi maior nos menores de 12 anos. **Conclusões:** Mudanças de hábitos alimentares foram as mais recomendadas e as que tiveram maior adesão. Recomendações com maior dificuldade e o intervalo de tempo entre as consultas justificam em parte a taxa de desistência apresentada.

Palavras-chave: Enfermagem. Obesidade. Criança. Adolescente.

ABSTRACT

SPECHT, Andréia Martins. **Changes in lifestyle and dropouts after first visit in an child and youth obesity ambulatory.** 2014. 65 f. Dissertation (Master in Nursing)-School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

Introduction: Changes in lifestyle and acquisition of healthy habits are the basis for the management of child and youth obesity. **Objective:** Identify the main recommendations for the agreed change in the life style and adherence of overweight children in the time interval between the first (Co1) and second visit (Co2) outpatient. **Method:** Retrospective cohort. Data from the outpatient visits of children and adolescents to clinic obesity, in the period from 01/01/2008 to 30/11/2011, were analyzed. They are free of genetic disease or use of controlled medication. Data were directly collected from the standardized forms used in the visits, conducted by a multidisciplinary team, which is coordinated by a Nutrologist. In Co1, goals related to lifestyle, dietary and physical activity were proposed. When patient reported, at the Co2, that achieved fully or partly agreed goal, it was considered "adherence". Data were analyzed using SPSS v.18.0 software. The project was approved by the Research Ethics Committee of the institution. **Results:** 305 subjects, age 10 ± 3.8 years, 51.1% female and 71.5% Caucasian were evaluated. Attended the Co1 and Co2 261 patients (85.6%) and the median time interval between Co1 and Co2 was 35 (28-42) days. For children who attended the Co1 and Co2, 401 challenges of change in eating habits (adherence 86.8%), 264 physical activity (adherence 70.2%) and 218 of changing lifestyles (adherence 72.4%) were agreed. Statistical difference occurred in the recommendation of some agreements when compared by sex and age, and adherence to some recommendations was higher in younger than 12 years. **Conclusions:** Changes in eating habits were the most recommended and which had greater adherence. Recommendations with greater difficulty and the time interval between visits might justify the presented dropout rate.

Keywords: Nursing. Obesity. Child. Adolescent.

RESUMEN

SPECHT, Andréia Martins **Cambios en el estilo de vida y abandonos despues de la primera visita a un ambulatorio infantojuvenil de obesidad.** 2014. 65 f. Tesina (Maestría em Enfermería)-Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

Introducción: Los cambios en el estilo de vida y la adquisición de hábitos saludables son la base para el manejo de la obesidad infantojuvenil. **Objetivo:** Identificar las principales recomendaciones acordadas para el cambio en el estilo de vida y la adhesión de los niños con sobrepeso en el intervalo de tiempo entre la primera (Co1) y la segunda consulta (Co2) para pacientes de ambulatorios. **Método:** Cohorte retrospectiva. Fueron analizados los datos de niños y adolescentes en consultas de ambulatorio infantojuvenil de obesidad en el período del 01/01/2008 al 30/11/2011. Los sujetos no tenían sobrepeso, enfermedad genética o usaban medicamentos controlados. Los datos fueron recolectados directamente de formas estandarizadas que se utilizan en las consultas realizadas por equipo multidisciplinario, coordinado por una Nutrologa. En Co1, se propusieron metas relacionadas al estilo de vida, a la dieta y a la actividad física. Fue considerado "adhesión" cuando el paciente informó, in Co2, que había llegado a la meta parcial o totalmente. Los datos fueron analizados utilizando el software SPSS v.18.0. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución. **Resultados:** 305 pacientes, edad $10 \pm 3,8$ años, 51,1% mujeres y 71,5% caucásicos fueron evaluados. Asistieron a Co1 y Co2 261 sujetos (85,6%) y la mediana del intervalo de tiempo entre Co1 y Co2 fue de 35 (28-42) días. Para los niños que asistieron a la Co1 y Co2 se negociaron 401 desafíos de cambio en los hábitos alimenticios (86,8% de adhesión), 264 en la actividad física (70,2% de adhesión) y 218 de cambio en el estilo de vida (72,4% de adhesión). Hubo diferencia significativa en la recomendación de algunos acuerdos cuando comparados por sexo y edad, y la adhesión a algunas de las recomendaciones fue mayor en menores de 12 años. **Conclusiones:** Los cambios en los hábitos alimenticios fueron los más recomendados y los que tenían una mayor adhesión. Recomendaciones con mayor dificultad y el intervalo de tiempo entre las consultas, en parte, justifican la tasa de deserción presentada.

Palabras clave: Enfermería. Obesidad. Niño. Adolescente.

LISTA DE SIGLAS

OMS – Organização Mundial da Saúde

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

DM-II – Diabetes Mellitus tipo II

DCV – Doença Cardiovascular

IMC – Índice de Massa Corpórea

AmO – Ambulatório de Obesidade Infantil

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Co1 – Consulta 1

Co2 – Consulta 2

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 - Características Clínicas e Sociodemográficas da amostra total, do grupo “frequentes” e do grupo “faltantes.....	27
Tabela 2 - Desafios propostos na primeira consulta para todos os participantes, (“frequentes” e “desistentes”).	30
Tabela 3 - Comparação dos desafios pactuados na primeira consulta com crianças <12 anos e com idade ≥12 anos.....	32
Tabela 4 - Desafios pactuados na primeira consulta comparados por sexo	34
Tabela 5 - Desafios pactuados e comportamento de adesão no grupo de pacientes frequentes ao ambulatório (n= 261).....	36
Tabela 6 - Adesão (somatório das categorias “adesão total” e “adesão parcial”) aos desafios propostos na primeira consulta nos pacientes frequentes ao ambulatório (n=261).....	39
Tabela 7 - Adesão e não adesão (somatório das categorias “sem adesão” e “adesão parcial”) aos desafios propostos na primeira consulta nos pacientes frequentes ao ambulatório (n=261).....	41
Tabela 8 - Comparação da adesão (“adesão parcial” e “adesão total”) ao desafio pactuado na primeira consulta entre meninos e meninas.....	43
Tabela 9 - Comparação da adesão (“adesão parcial” e “adesão total”) (n = 261) aos desafios pactuados na primeira consulta entre crianças <12 anos e ≥12 anos.....	45
Gráfico 1 - Adesão (parcial e total) ao somatório de recomendações relacionadas à atividade física, hábitos alimentares e hábitos de vida de acordo com sexo e idade (<12 e ≥12 anos).....	47

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1	Epidemiologia da obesidade.....	15
2.2	Tratamento da obesidade.....	16
2.3	Adesão ao tratamento contra a obesidade.....	17
2.4	Atuação do enfermeiro nas estratégias de controle à obesidade....	18
3	OBJETIVOS	20
3.1	Objetivo geral.....	20
3.2	Objetivos específicos.....	20
4	MÉTODOS	21
4.1	Tipo de estudo.....	21
4.2	Campo.....	21
4.3	População.....	22
4.4	Estimativa amostral.....	23
4.5	Coleta dos dados.....	23
4.6	Análise dos dados.....	24
4.7	Aspectos éticos.....	25
5	RESULTADOS	26
5.1	Características gerais da amostra.....	26
5.2	Comparação entre as características dos indivíduos que compareceram às duas consultas (“frequentes”) e dos que não compareceram à consulta de retorno (“desistentes”).....	26

5.3	Desafios pactuados e a adesão das crianças no intervalo entre consultas.....	29
5.4	Adesão aos desafios pactuados.....	36
6	DISCUSSÃO.....	48
7	POSSÍVEIS LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	53
8	IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM.....	54
9	CONCLUSÕES.....	55
	REFERÊNCIAS.....	56
	ANEXO 1 – Ficha Clínica AmO.....	60
	ANEXO 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	62
	ANEXO 3 – Termo de Compromisso para a Utilização de Dados.....	63
	ANEXO 4 - Declaração de Ausência de Conflito de Interesse...	64
	ANEXO 5 – Carta de Aprovação COMPESQ.....	65
	ANEXO 6 – Carta de Aprovação CEP-HCPA.....	66

1 INTRODUÇÃO

A obesidade é considerada um distúrbio do estado nutricional relacionado ao aumento no tecido adiposo e à elevação do peso corporal, no qual há o desequilíbrio entre a ingestão e o gasto energético. Trata-se de uma doença crônica em que fatores genéticos e ambientais estão associados⁽¹⁾, como hábitos alimentares, culturais e psicossociais, prática de exercícios físicos e controle endócrino-metabólico.

Na obesidade infantojuvenil, observa-se a particularidade de um aumento constante no número e no tamanho dos adipócitos, associado à influência considerável dos fatores ambientais, principalmente hábitos alimentares inadequados e inatividade física⁽²⁾. A obesidade na infância e na adolescência configura-se como grave doença, com possibilidades de repercussões biopsicossociais imediatas e futuras⁽³⁾.

O desenvolvimento de estratégias de controle e tratamento da obesidade vem se destacando como uma preocupação constante junto às equipes multiprofissionais de saúde. Autores ainda reforçam que a prevenção e o tratamento tornam-se medidas prioritárias neste contexto⁽⁴⁾. Parece evidente o desafio imposto em manter a adesão das crianças e adolescentes às recomendações pactuadas de mudança no estilo de vida.

As práticas tradicionais, como as recomendadas em ambulatórios multiprofissionais de orientação de mudanças de hábitos de vida⁽¹⁾, vêm sendo testadas quanto à eficácia em atingir os objetivos à que se propõem. Estudo de revisão que objetivou analisar os principais estudos sobre a eficácia da atividade física para reduzir o excesso de peso e a obesidade em crianças e adolescentes concluiu que a atividade física é eficaz na redução do excesso de peso e obesidade em crianças e que os melhores resultados são observados quando exercício físico e dieta estão associados⁽⁵⁾. Outro estudo de revisão concluiu que apesar de não estar definido um modelo padrão na abordagem da obesidade infantil, as intervenções em ambiente familiar de base comportamental que incorporam modificações ao nível da alimentação e da atividade física mostram-se as mais efetivas no controle do peso corporal⁽⁴⁾.

A busca mais detalhada por referencial teórico traz à luz a escassez de estudos que abordem as intervenções de forma particularizada. Portanto, diante do cenário exposto, mostra-se importante ao enfermeiro que sejam identificadas quais as intervenções são recomendadas/pactuadas com maior frequência e qual é a taxa de adesão de crianças com excesso de peso atendidas ambulatorialmente. Acredita-se que os resultados desse trabalho, ao apresentar as intervenções propostas pelo Ambulatório de Obesidade Infantil (AmO) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), possam embasar outros serviços da rede de atenção à saúde no manejo de crianças com excesso de peso, contribuindo para a ampliação do acesso a tal terapêutica.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Epidemiologia da obesidade

O número de crianças obesas é cada vez maior, tanto em países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento, o que levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) a considerar a obesidade como um problema de saúde pública tão preocupante quanto a desnutrição⁽⁶⁾. Estudos sobre a análise do panorama de transição nutricional brasileiro reforçam a ideia de que o período de transição nutricional é marcado pela diminuição das taxas de desnutrição e pelo estabelecimento da obesidade, o que se deve em grande parte às modificações do estilo de vida, do padrão dietético e à inatividade física^(2,7).

A prevalência de sobrepeso em crianças entre cinco e 18 anos nos Estados Unidos e no Brasil é semelhante: 31,6% e 33,3%, respectivamente^(1,8-9). Em inquérito realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística com crianças, observa-se que o sobrepeso e a obesidade apresentaram crescimento em todas as idades, classes de rendimentos e regiões, sendo indiferente a criança residir em zona urbana ou rural⁽⁸⁾. Os dados encontrados foram mais alarmantes na faixa etária de cinco a nove anos, na qual o excesso de peso cresceu de forma mais acelerada do que nas demais faixas de idade investigadas⁽⁸⁾. Estudo apontou prevalência em torno de 26% de sobrepeso e obesidade em adolescentes na Região Sul do Brasil, valor acima dos 20,6% encontrados em escolas do Distrito Federal⁽¹⁰⁾.

Considerada pela OMS como a primeira causa mundial de doença evitável, a obesidade é promotora de uma significativa diminuição da esperança média de vida, por meio das inúmeras comorbidades às quais está associada⁽¹¹⁾, como hipertensão arterial sistêmica (HAS), dislipidemia e diabetes mellitus tipo II (DM II)⁽¹²⁾, com repercussões na vida adulta. Além de ser um fator de risco independente para diversas patologias, a mortalidade é aumentada entre os obesos, sendo diretamente proporcional ao grau de

obesidade apresentado pelo doente. Uma coorte dinamarquesa que acompanhou os sujeitos da infância à idade adulta evidenciou que o risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV) na vida adulta teve aumento diretamente proporcional ao aumento do índice de massa corpórea (IMC) na infância⁽¹³⁾.

2.2 Tratamento da obesidade

A obesidade tem sido estudada sob diversos aspectos, com vistas a controlar o aumento no número de casos novos e melhorar o tratamento para os casos existentes⁽¹⁴⁾. É preocupante, não apenas pelas implicações à saúde, mas também pela complexidade de seu tratamento e controle, que demandam mudança de comportamento alimentar no plano individual, bem como a adoção de políticas públicas⁽¹⁵⁾. Nesse contexto, a caracterização dos hábitos e comportamentos populacionais e a estruturação de medidas preventivas adequadas são estratégias fundamentais no combate à obesidade⁽¹⁶⁾. Acredita-se que a melhor conduta diante da obesidade infantil seja a prevenção⁽¹⁷⁾; uma vez instalada, o sucesso do tratamento depende do envolvimento ativo dos pais e da criança, bem como de um posicionamento empático por parte da equipe multidisciplinar.

O manejo ambulatorial multiprofissional apresenta-se como uma estratégia eficaz no controle à obesidade infantojuvenil, pois as intervenções propostas de forma individualizada e o vínculo estabelecido entre equipe e paciente trazem benefícios diretos ao tratamento, dentre eles o aumento da adesão às intervenções propostas. Além disso, as ações clássicas de atendimento conferem potencial benefício ao longo do tempo e podem ser realizadas por grande parte dos profissionais⁽¹⁾. Autores afirmam que as etapas do tratamento podem considerar as seguintes abordagens: modificações de hábitos alimentares; aumento do gasto energético; suporte psicológico; suporte social; farmacoterapia; intervenção nas comorbidades⁽³⁾. Não existe sequência ideal de condutas e nem sempre é necessária a realização de todas as

abordagens com todas as crianças, sendo fundamental a individualização do tratamento⁽³⁾. Há ainda que ressaltar que as mudanças nos hábitos de vida e, conseqüentemente, nas questões alimentares não devem advir de um processo de normatização ou de culpabilização do indivíduo, já que as modificações não se restringem apenas à mudança no consumo de alimentos e à atividade física, mas têm influência sobre outros significados⁽¹⁸⁾.

2.3 Adesão ao tratamento contra a obesidade

A compreensão da adesão à terapêutica proposta vem sendo discutida em diversos estudos. Segundo a OMS, a adesão inclui inúmeros comportamentos relacionados à saúde e conta com a pactuação entre profissionais da saúde e pacientes, levando em conta o quanto as atitudes do paciente – seja ao seguir uma prescrição medicamentosa ou ao executar mudanças de hábitos alimentares ou de estilo de vida – correspondem às recomendações acordadas com a equipe de saúde⁽¹⁹⁾. É necessário ainda compreender que a adesão relaciona-se a outras interfaces, como fatores socioeconômicos; seguimento, entendimento e acesso à prescrição medicamentosa recomendada; além de aspectos ligados ao tratamento, ao paciente e à condição clínica em si⁽²⁰⁾. No cenário da obesidade infantil, é possível identificar algumas particularidades no que se refere à adesão, como a dependência e a influência dos hábitos familiares, uma vez que o protagonismo da situação de saúde não se dá exclusivamente pela criança.

Considerando a obesidade uma doença de difícil manejo, torna-se fundamental a abordagem multidisciplinar e interprofissional que busque como estratégia principal a mudança no estilo de vida, com novos hábitos alimentares e maior gasto energético⁽¹⁸⁾. Ensaio clínico controlado, publicado recentemente, que testou a intervenção interdisciplinar em crianças obesas e o impacto na saúde e na qualidade de vida, concluiu que o programa de intervenção interdisciplinar foi efetivo na redução do IMC e na melhora da

qualidade de vida nos domínios físico, emocional, social, psicossocial e na qualidade de vida geral⁽²¹⁾.

2.4 Atuação do enfermeiro nas estratégias de controle à obesidade

No contexto de atenção ambulatorial, o enfermeiro está inserido de forma direta. Estudo quasi-experimental do tipo antes e depois, desenvolvido com crianças obesas em escolas primárias de Hong Kong, com objetivo de testar o impacto da entrevista motivacional na promoção da redução de peso, concluiu que a intervenção dos enfermeiros é acurada para prevenir e tratar a obesidade na infância, uma vez que esses profissionais têm conhecimento e experiência em intervenções para indivíduos e famílias⁽²²⁾. Coorte portuguesa que acompanhou 482 crianças com excesso de peso em atendimento ambulatorial, propondo modificação no estilo de vida, concluiu que crianças e jovens que aderiram ao plano terapêutico modificaram o seu estilo de vida, obtendo um IMC adequado; além disso, a intervenção multidisciplinar periódica demonstrou ser uma estratégia eficaz⁽¹¹⁾. Outro estudo de coorte recente, que acompanhou pacientes com até 18 anos de idade em ambulatório durante seis meses, concluiu que o estímulo à adesão de hábitos saudáveis de vida foi capaz de reduzir o excesso de peso infantojuvenil⁽¹⁾. Estudo sobre a importância da avaliação ambulatorial de peso e de altura aferidas pelo enfermeiro na detecção e no tratamento da obesidade reforça a necessidade de estudos mais acurados, conduzidos pela enfermagem; ressalta ainda que a avaliação antropométrica realizada pelo enfermeiro é de fundamental importância no diagnóstico nutricional infantil, a fim de identificar de maneira acurada as anormalidades e definir estratégias de atuação eficazes⁽²³⁾. Ainda que por meio de revisão não sistemática, autores têm salientado a importância da construção do conhecimento científico da enfermagem com enfoque na promoção da saúde na obesidade infantojuvenil e no planejamento das ações de saúde no tratamento individualizado dessa população, implementando

estratégias de cuidados e capacitando a equipe multidisciplinar com o intuito de obter uma melhor adequação das ações frente a tal problema de saúde⁽²⁴⁾.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Identificar as principais recomendações de mudança no estilo de vida pactuadas e a adesão das crianças com excesso de peso no intervalo de tempo entre a primeira e segunda consulta ambulatorial.

3.2 Objetivos específicos

- Comparar a adesão às pactuações de mudança de estilo de vida entre meninos e meninas.

- Comparar a adesão às pactuações de mudança de estilo de vida entre crianças com idade inferior a 12 anos e com idade igual ou superior a 12 anos.

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

O presente estudo está aninhado a um projeto da linha de pesquisa do Serviço de Nutrologia do HCPA (*“Evolução clínica e metabólica de crianças e adolescentes com excesso de peso submetidos a um programa ambulatorial baseado na mudança do estilo de vida”*), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, sob o número 07-258, que objetivou avaliar a evolução clínica e metabólica de crianças e adolescentes com excesso de peso submetidos a um programa ambulatorial de incentivo à adoção de estilo de vida saudável, tendo como parte de seus objetivos específicos a análise da taxa de adesão ao programa e dos fatores associados às mudanças de estilo de vida, além da identificação de medidas de maior efetividade na prevenção de complicações clínicas e metabólicas relacionadas à obesidade infantojuvenil.

Configura-se em uma coorte retrospectiva, que analisou os dados históricos de um ambulatório de referência no manejo de obesidade infantojuvenil. Estudos de coorte caracterizam-se por seguir grupos de sujeitos no tempo e por serem capazes de descrever a incidência de certos desfechos ao longo do tempo, bem como analisar as associações entre os preditores e os desfechos⁽²⁵⁾.

4.2 Campo

O estudo foi desenvolvido no AmO do HCPA. Os atendimentos ocorreram nas terças-feiras, das 12 às 18 horas, e nas quintas-feiras, das 16 às 20 horas, na zona 12. Os pacientes chegam ao AmO por meio de encaminhamento realizado pela Central de Marcação de Consultas do

município de Porto Alegre, ou ainda por interconsulta, solicitada por outras especialidades do HCPA.

A cada consulta, os pacientes - acompanhados por responsáveis - são atendidos individualmente, preferencialmente pelo mesmo profissional ou estudante. A equipe multiprofissional conta com nutrólogos, nutricionistas, enfermeiros, educadores físicos, além de alunos de graduação e pós-graduação da área da saúde, que são orientados e supervisionados por professora com expertise na área.

Na primeira consulta, são obtidos dados sociodemográficos, de hábitos alimentares, de atividade física, de antecedentes nutricionais, informações clínicas e familiares; também são realizados inquérito alimentar e aferição da pressão arterial, além da solicitação de exames laboratoriais. Ao término da consulta, em acordo com o paciente e seu responsável, são estabelecidas metas relacionadas à mudança de estilo de vida, aos hábitos alimentares e à atividade física.

Na segunda consulta, são aferidas medidas antropométricas e pressão arterial; são identificadas as intercorrências clínicas no período entre consultas e a adesão aos objetivos propostos (metas pactuadas) na consulta anterior.

O manejo dos pacientes e a frequência com a qual são agendadas as consultas de retorno leva em consideração a presença e a intensidade de complicações clínicas relacionadas à obesidade, sendo determinado pelo profissional que presta o atendimento, em concordância com a professora orientadora do AmO⁽¹⁾. Cada paciente recebe abordagem individualizada e, a cada consulta, são combinados objetivos relacionados às mudanças no estilo de vida⁽¹⁾.

4.3 População

Foram incluídas no estudo todas as crianças e adolescentes com excesso de peso, segundo critérios da OMS⁽²⁶⁾, que tiveram primeira consulta no AmO no período de 01 janeiro de 2008 a 30 de novembro de 2011.

Não foram incluídas crianças com diagnóstico de doença genética ou em uso de medicamento de liberação controlada.

4.4 Estimativa amostral

Para o cálculo amostral, foi utilizado o software WinPepi. A partir dos resultados do presente estudo, no qual 305 pacientes foram incluídos e houve taxa de desistência aproximada de 15%, para um erro amostral de 5%, o nível de confiança é superior a 95%.

4.5 Coleta dos dados

Toda a rotina de atendimento usual do AmO foi mantida, seguindo-se o mesmo programa de manejo ambulatorial estruturado e implantado há mais de 15 anos⁽¹⁾. De modo sumarizado, na primeira consulta, é preenchida uma ficha de acompanhamento dos pacientes (ANEXO 1), a fim de organizar a totalidade das consultas prestadas pela equipe. Além desta ficha, todos os registros são realizados no prontuário eletrônico da instituição.

Todos os atendimentos são individuais e realizados preferencialmente pelo mesmo profissional/aluno, de modo a favorecer o vínculo com o paciente/família e a adesão ao tratamento. Todos os pacientes são acompanhados por um responsável durante a consulta. Na primeira e nas consultas subsequentes, não havia uma meta padrão a ser estabelecida/pactuada para a totalidade dos pacientes. Considerando-se as características individuais dos sujeitos as intervenções, que se restringiram a orientações e ao estímulo às mudanças de hábitos de vida, de hábitos alimentares, de atividade física e de terapêutica medicamentosa, foram pactuadas entre o profissional/aluno, paciente e responsável de modo particularizado.

Os dados derivados das fichas de atendimento foram digitados e armazenados em uma base. Para o presente estudo, foram extraídos dados desta base original, revisadas as fichas físicas de atendimento (em papel) e revisados os registros dos prontuários eletrônicos, resultando em uma nova planilha de dados.

4.6 Análise dos dados

Os dados foram inseridos em um banco de dados no pacote estatístico Statistical Package for Social Sciences versão 18.0. Foi realizada análise descritiva dos dados, respeitando-se as características e a distribuição das variáveis.

A normalidade da distribuição das variáveis contínuas foi testada por meio do teste de Shapiro-Wilk. Variáveis contínuas com distribuição normal estão apresentadas como média±desvio padrão, enquanto as variáveis categóricas estão apresentadas por meio de números absolutos (proporção). Foi empregado teste T para amostras independentes para comparação de médias e teste de Qui-Quadrado para comparação de proporções. Valores de $p < 0,05$ foram considerados significativos.

Foram considerados “frequentemente” aqueles pacientes que compareceram à consulta 1 (Co1) e também à consulta 2 (Co2); de modo complementar, foram considerados “desistentes” aqueles que não compareceram à consulta de retorno (Co2). Após avaliação inicial quanto à recomendação de cada tipo de meta que foi implementada, estas foram agrupadas de acordo com suas “semelhanças”, obtendo-se três subgrupos de tipos de recomendação relacionadas a: (1) hábitos de vida, (2) hábitos alimentares e (3) atividade física. Igualmente, também os desfechos (“adesão total”, “adesão parcial” e “não adesão”), foram reagrupados, sendo dicotomizados de formas distintas. Primeiramente, “adesão” foi considerada quando se observou “adesão parcial” ou “adesão total”. Após, a categoria “adesão” foi constituída exclusivamente pelos pacientes que aderiram totalmente às recomendações, sendo que

aqueles que aderiram de forma parcial foram agrupados na categoria de “não adesão”.

4.7 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi elaborado em consonância com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, Resolução número 196, de 1996, vigentes na ocasião. O mesmo não infringe qualquer aspecto apontado pelas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Resolução número 466, de 2012, implementada posteriormente.

Por se tratar de um estudo observacional, no qual não são esperados riscos e desconfortos adicionais além daqueles aos quais os pacientes já são expostos durante a assistência, os participantes e/ou seus responsáveis assinaram termo de consentimento para a transcrição dos dados obtidos durante a rotina assistencial (ANEXO 2). Para a realização do presente estudo, os pesquisadores se comprometeram, por meio de termo de utilização de dados, a preservar anonimato e privacidade (ANEXO 3). Além disso, a pesquisadora principal do projeto original, por participar da banca examinadora do presente estudo declara não possuir conflitos de interesse (ANEXO 4). O projeto principal foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob o número 14683 (ANEXO 5) e pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HCPA, protocolo 07-258 (ANEXO 6). Todos os estudos utilizados foram citados e devidamente referenciados de acordo com as normas.

5 RESULTADOS

5.1 Características gerais da amostra

Foram avaliados 305 sujeitos, com idade de $10 \pm 3,8$ anos, sendo 51,1% do sexo feminino e predominantemente (71,5%) da cor branca. A maior parte das crianças e adolescentes apresentou obesidade importante, identificada por circunferência do braço, prega tricipital, circunferência da cintura, escore-Z do IMC e índice de obesidade. Do total de participantes, 5,4% apresentaram HAS, enquanto doença endócrina (DM II e hipertireoidismo) foi menos frequente (1%) (Tabela 1).

A análise familiar demonstrou elevada prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, sendo possível destacar a obesidade (77,7%) e a HAS (82,8%). A maior parte das crianças estava sob os cuidados dos pais, fazia refeições fora de hora e dormia durante a tarde (Tabela 1).

5.2 Comparação entre as características dos indivíduos que compareceram às duas consultas (“frequentes”) e dos que não compareceram à consulta de retorno (“desistentes”)

Os pacientes “frequentes” totalizaram 261 indivíduos (85,6%), enquanto os “desistentes” foram 14,4% da amostra em estudo. A mediana de intervalo de tempo entre a primeira e a segunda consulta foi de 35 (28-42) dias.

O grupo dos “frequentes” assemelhou-se ao dos “desistentes” quanto à idade, ao sexo, à cor da pele, à antropometria, às características familiares e aos hábitos de vida (Tabela 1).

Tabela 1 - Características Clínicas e Sociodemográficas da amostra total, do grupo “frequentes” e do grupo “desistentes”

Características	Total (n=305)	Frequentes (n=261)	Desistentes (n=44)	p
Idade, anos	9,9±3,7	9,65±3,6	11,4±4,1	0,12
Sexo, feminino	156 (51,1)	138 (52,9)	18 (40,9)	0,14
Cor				0,20
Branca	211 (71,5)	181 (71,5)	30 (71,4)	
Preta	46 (15,6)	35 (13,8)	11 (26,2)	
Parda	38 (13)	37 (14,6)	1 (2,4)	
Sem pressão arterial alterada	282 (94,6)	243 (94,6)	39 (95,1)	0,88
Sem doença endócrina	295 (97)	2 (0,8)	1 (2,4)	0,38
Obesidade Familiar	227 (77,7)	191 (76,7)	36 (83,7)	0,75
Pai	104 (35,7)	87 (34,1)	17 (40,5)	0,48
Mãe	117 (40,1)	100 (40,2)	17 (39,5)	0,93
Avós	105 (36,5)	91 (37)	14 (33,3)	0,82
Irmãos	41 (14,3)	31 (12,7)	10 (23,8)	0,07
Infarto Agudo do Miocárdio Familiar	113 (38,8)	93 (37,3)	20 (47,6)	0,20
Pai	9 (3,1)	6 (2,4)	3 (7,1)	0,24
Mãe	6 (2,1)	5 (2,0)	1 (2,4)	0,87
Avós	97 (33,3)	81 (32,5)	16 (38,1)	0,47
Acidente Vascular Cerebral Familiar	83 (29)	66 (26,7)	17 (43,6)	0,31
Pai	3 (1)	2 (0,8)	1 (2,6)	0,87
Mãe	2 (0,7)	1 (0,4)	1 (2,6)	0,63
Avós	75 (26,2)	59 (23,9)	16 (41,0)	0,24
HAS Familiar	240 (82,8)	204 (81,9)	36 (87,8)	0,35

Características	Total (n=305)	Frequentes (n=261)	Desistentes (n=44)	p
Pai	56 (19,3)	48 (19,3)	8 (19,5)	0,97
Mãe	71 (24,5)	56 (22,5)	15 (36,6)	0,52
Avós	181 (62,4)	155 (62,2)	26 (63,4)	0,88
DM II Familiar	174 (59,2)	149 (58,9)	25 (61)	0,80
Pai	18 (6,1)	14 (5,5)	4 (10)	0,46
Mãe	32 (10,9)	27 (10,7)	5 (12,5)	0,73
Avós	135 (46,1)	117 (46,2)	18 (45)	0,88
Tabagismo Familiar	172 (58,9)	142 (56,6)	30 (73,2)	0,45
Pai	85 (29,1)	67 (26,7)	18 (43,9)	0,25
Mãe	63 (21,6)	48 (19,1)	15 (36,6)	0,12
Avós	86 (29,5)	73 (29,1)	13 (31,7)	0,87
Cuidador				0,91
Pais	243 (84,4)	211 (84,4)	32 (84,2)	
Avós	25 (8,7)	22 (8,8)	3 (7,9)	
Vizinhos	2 (0,7)	2 (0,8)	0 (0)	
Refeições fora de hora	191 (71)	165 (70,5)	26 (74,3)	0,64
Dorme durante a tarde	73 (23,7)	60 (23,3)	13 (30,2)	0,33
Horas na escola ou creche	3,7±1,8	3,8±1,7	3,6±2	0,67
Número de refeições/dia	4,5±1,2	4,58±1,1	4,2±1,2	0,83

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Variáveis categóricas são expressas como n (%) e variáveis contínuas como média±desvio padrão.

5.3 Desafios pactuados e a adesão das crianças no intervalo entre consultas

Os desafios pactuados estão apresentados de forma agrupada, considerando-se a sua semelhança, em: (1) atividade física, (2) hábitos alimentares e (3) hábitos de vida. Foram propostos 328 desafios relacionados a aumentar ou iniciar a atividade física, 529 relacionados à mudança de hábitos alimentares e 306 à mudança de hábitos de vida, para o total de indivíduos em estudo. Sendo assim, uma mesma criança/adolescente pode ter recebido recomendações em um, dois, ou nos três domínios de agrupamento.

Para as crianças que compareceram às duas consultas (“frequentes”), é possível observar que os desafios mais frequentemente propostos foram os relacionados à mudança de hábitos alimentares (n=401), à atividade física (n=264) e à mudança de hábitos de vida (n=218). Já para as crianças que faltaram à consulta de retorno (“desistentes”), também se observou que foram prescritos com maior frequência desafios relacionados à mudança de hábitos alimentares (n=128). No entanto, houve mudança nas pactuações subsequentes, observando-se maior frequência para recomendações relacionadas aos hábitos de vida (n= 88) do que às relacionadas à atividade física (n= 64).

A análise detalhada dos desafios pactuados apontou algumas diferenças estatisticamente significativas entre “frequentes” e “desistentes”: caminhar (12,8% vs 31,8%; $p<0,01$), jogar bola (9,6% vs 20,4%; $p=0,02$), consumir frutas e verduras (13,6% vs 25%; $p=0,03$), beber água (24,8% vs 52,2%; $p<0,01$), evitar ou diminuir refrigerante (35% vs 72,7%; $p<0,01$), restringir carboidratos (13,1% vs 29,5%; $p<0,01$), adotar horário e local fixos para as refeições (6,9% vs 36,6%; $p<0,01$), tomar café da manhã (20,2% vs 38,6%; $p<0,01$), envolver a família (7,2% vs 25%; $p<0,01$) e não repetir nas refeições (19,2% vs 36,6%; $p<0,01$).

A Tabela 2 descreve os desafios pactuados para a totalidade dos pacientes e nos estratos de “frequentes” e “desistentes”.

Tabela 2 - Desafios propostos na primeira consulta para todos os participantes, (“frequentes” e “desistentes”)

Desafio	Todos (n=305)	Frequentes (n=261)	Desistentes (n=44)	p
Atividade física	220 (74,6)	195 (76,5)	25 (62,5)	0,06
Caminhar	46 (15,6)	32 (12,8)	14 (31,8)	<0,01
Brincar	60 (20,3)	51 (20,2)	9 (20,4)	0,88
Dançar	31 (10,5)	23 (9,2)	8 (18,2)	0,57
Jogar bola	33 (11,2)	24 (9,6)	9 (20,4)	0,02
Andar de bicicleta	34 (11,5)	28 (11,1)	6 (13,6)	0,57
Pular corda	21 (7,1)	17 (6,7)	4 (9,1)	0,50
Ajudar nas atividades domésticas	9 (3)	8 (3,1)	1 (2,2)	0,77
Atividade física sistemática	92 (31,1)	79 (31,4)	13 (29,5)	0,92
Subir escada	2 (0,7)	2 (0,7)	0 (0)	0,56
Hábito Alimentar	256 (86,5)	221 (86,3)	35 (87,5)	0,84
Consumir frutas e verduras	45 (15,2)	34 (13,6)	11 (25)	0,03
Beber água	84 (28,4)	61 (24,8)	23 (52,2)	<0,01
Evitar ou diminuir refrigerantes	118 (39,9)	86 (35)	32 (72,7)	<0,01
Evitar guloseimas	55 (18,6)	46 (18,3)	9 (20,4)	0,65
Restringir carboidratos	46 (15,5)	33 (13,1)	13 (29,5)	<0,01
Aumentar consumo de leite	34 (11,5)	26 (10,2)	8 (18,2)	0,10
Não beber sucos e/ou refrigerantes nas refeições	96 (32,4)	78 (31,3)	18 (40,1)	0,14
Evitar frituras	28 (9,5)	21 (8,26)	7 (16)	0,15

Desafio	Todos (n=305)	Frequentes (n=261)	Desistentes (n=44)	p
Preferir carnes magras	1 (0,3)	1 (0,4)	0 (0)	0,68
Retirar a pele do frango	2 (0,7)	1 (0,4)	1 (2,3)	0,15
Não usar óleo ou azeite na salada	2 (0,7)	1 (0,4)	1 (2,3)	0,15
Consumir açúcar com moderação	17 (5,7)	13 (5,1)	4 (9,1)	0,27
Diminuir adoçantes	1 (0,3)	0 (0)	1 (2,3)	0,14
Hábito de Vida	202 (68,2)	174 (68)	28 (70)	0,79
Horário e locais fixos para as refeições	33 (11,1)	17 (6,9)	16 (36,6)	<0,01
Tomar café da manhã	68 (23)	51 (20,2)	17 (38,6)	<0,01
Diminuir horas de TV/computador/games	32 (10,8)	25 (9,9)	7 (16)	0,20
Não comer fora de hora	15 (5,1)	11 (4,3)	4 (9,1)	0,16
Fazer cinco a seis refeições por dia	34 (11,5)	26 (10,3)	8 (18,2)	0,10
Mastigar bem e comer devagar	3 (0,1)	2 (0,78)	1 (2,3)	3,4
Envolver a família	27 (9)	16 (7,2)	11 (25)	<0,01
Não repetir	64 (20,9)	48 (19,2)	16 (36,6)	<0,01
Diminuir horas de sono durante o dia	6 (2)	4 (1,5)	2 (4,5)	0,18
Diminuir tamanho da porção	21 (7,1)	16 (6,3)	5 (11,3)	0,20
Não comer sobremesa	3 (1)	2 (0,7)	1 (2,3)	0,34

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.
Variáveis categóricas são expressas como n (%).

Na Tabela 3, estão apresentados os desafios pactuados de acordo com as faixas etárias (<12 ou ≥ 12 anos de idade). Essa análise nos permite afirmar que recomendações como brincar (29% vs 3,9%; $p<0,01$), dançar (13% vs 5,8%; $p=0,05$), jogar bola (14,1% vs 5,8%; $p=0,03$), pular corda (10,4% vs 1%; $p<0,01$) e envolver a família (11,9% vs 3,9%; $p=0,02$) foram pactuadas com maior frequência para crianças com idade inferior a 12 anos. Para o grupo de crianças com idade igual ou superior a 12 anos, foram mais frequentes as recomendações de caminhar (12,5% vs 21,4%; $p=0,04$), fazer cinco a seis refeições por dia (8,3% vs 17,5%; $p=0,01$) e diminuir horas de sono durante o dia (0,5% vs 4,9%; $p=0,01$) (Tabela 3).

Tabela 3 - Comparação dos desafios pactuados na primeira consulta com crianças <12 anos e com idade ≥12 anos

Desafio	< 12 anos (n=200)	≥12 anos (n=105)	p
Atividade física	146 (76)	74 (71,8)	0,43
Caminhar	24 (12,5)	22 (21,4)	0,04
Brincar	56 (29)	4 (3,9)	<0,01
Dançar	25 (13)	6 (5,8)	0,05
Jogar bola	27 (14,1)	6 (5,8)	0,03
Andar de bicicleta	26 (13,5)	8 (7,8)	0,14
Pular corda	20 (10,4)	1 (1)	<0,01
Ajudar nas atividades domésticas	7 (3,6)	2 (1,9)	0,42
Atividade física sistemática	54 (28)	38 (36,9)	0,11
Subir escada	1 (0,5)	1 (1)	0,65
Hábito Alimentar	167 (87,5)	89 (86,4)	0,97
Consumir frutas e verduras	30 (15,5)	15 (14,6)	0,82
Beber água	52 (27)	32 (31,1)	0,45

Desafio	< 12 anos (n=200)	≥12 anos (n=105)	p
Evitar ou diminuir refrigerantes	77 (40)	41 (40)	0,98
Evitar guloseimas	40 (20,7)	15 (14,6)	0,19
Restringir carboidratos	30 (15,5)	16 (15,5)	0,99
Aumentar consumo de leite	19 (9,8)	15 (14,6)	0,22
Não beber sucos e/ou refrigerantes nas refeições	64 (33,2)	32 (31,1)	0,71
Evitar frituras	20 (10,4)	8 (7,8)	0,46
Preferir carnes magras	1 (0,5)	0 (0)	0,46
Retirar a pele do frango	1 (0,5)	1 (1)	0,65
Não usar óleo ou azeite na salada	1 (0,5)	1 (1)	0,65
Consumir açúcar com moderação	9 (4,7)	8 (7,8)	0,27
Diminuir adoçantes	0 (0)	1 (1)	0,17
Hábito de Vida	134 (69,4)	68 (66)	0,54
Horário e locais fixos para as refeições	20 (10,4)	13 (12,6)	0,55
Tomar café da manhã	39 (20,2)	29 (28,2)	0,12
Diminuir horas de TV/computador/games	20 (10,4)	12 (11,7)	0,73
Não comer fora de hora	11 (5,7)	4 (3,9)	0,49
Fazer cinco a seis refeições por dia	16 (8,3)	18 (17,5)	0,01
Mastigar bem e comer devagar	3 (1,6)	0 (0)	0,20
Envolver a família	23 (11,9)	4 (3,9)	0,02
Não repetir	47 (24,3)	17 (16)	0,09
Diminuir horas de sono durante o dia	1 (0,5)	5 (4,9)	0,01

Desafio	< 12 anos (n=200)	≥12 anos (n=105)	p
Diminuir tamanho da porção	11 (5,7)	10 (9,7)	0,20
Não comer sobremesa	2 (1)	1 (1)	0,95

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.
Variáveis categóricas são expressas como n (%).

A análise das pactuações recomendadas quando comparadas por sexo (Tabela 4), mostrou diferenças. Foram mais frequentemente pactuadas para os meninos: jogar bola (15,7% vs 7,1%; $p=0,02$) e restringir carboidratos (19,9% vs 11,6%; $p=0,05$), enquanto para as meninas destacaram-se: caminhar (9,2% vs 21,4%; $p<0,01$), dançar (1,4% vs 18,7%; $p<0,01$), pular corda (3,5% vs 10,3%; $p=0,02$). Diminuir o tamanho da porção destaca-se como uma pactuação com tendência a ser significativa (4,3% vs 9,7%; $p=0,07$).

Tabela 4: Desafios pactuados na primeira consulta comparados por sexo

Desafio	Meninos	Meninas	p
Atividade física	102 (72,3)	118 (76,6)	0,39
Caminhar	13 (9,2)	33 (21,4)	<0,01
Brincar	28 (20)	32 (20,6)	0,86
Dançar	2 (1,4)	29 (18,7)	<0,01
Jogar bola	22 (15,7)	11 (7,1)	0,02
Andar de bicicleta	18 (12,8)	16 (10,3)	0,51
Pular corda	5 (3,5)	16 (10,3)	0,02
Ajudar nas atividades domésticas	3 (2,1)	6 (3,9)	0,38
Atividade física sistemática	49 (34,8)	43 (27,7)	0,19
Subir escada	1 (0,7)	1 (0,6)	0,94
Hábito Alimentar	121 (85,8)	135 (87,1)	0,74

Desafio	Meninos	Meninas	p
Consumir frutas e verduras	21 (14,9)	24 (15,5)	0,88
Beber água	40 (28,4)	44 (28,4)	0,99
Evitar ou diminuir refrigerantes	52 (36,9)	66 (42,6)	0,31
Evitar guloseimas	21 (14,9)	34 (21,9)	0,12
Restringir carboidratos	28 (19,9)	18 (11,6)	0,05
Aumentar consumo de leite	19 (13,5)	15 (9,7)	0,30
Não beber sucos e/ou refrigerantes nas refeições	50 (35,5)	46 (29,7)	0,28
Evitar frituras	13 (9,2)	15 (9,7)	0,89
Preferir carnes magras	0 (0)	1 (0,6)	0,33
Retirar a pele do frango	1 (0,7)	1 (0,6)	0,94
Não usar óleo ou azeite na salada	1 (0,7)	1 (0,6)	0,94
Consumir açúcar com moderação	5 (3,5)	12 (7,7)	0,12
Diminuir adoçantes	0 (0)	1 (0,6)	0,33
Hábito de Vida	95 (67,4)	107 (69)	0,76
Horário e locais fixos para as refeições	17 (12,1)	16 (10,3)	0,63
Tomar café da manhã	35 (24,8)	33 (21,3)	0,47
Diminuir horas de TV/computador/games	18 (12,8)	14 (9)	0,30
Não comer fora de hora	7 (5)	8 (5,2)	0,93
Fazer cinco a seis refeições por dia	15 (10,6)	19 (12,3)	0,66
Mastigar bem e comer devagar	2 (1,4)	1 (0,6)	0,50
Envolver a família	14 (10)	13 (8,4)	0,64
Não repetir	26 (18)	38 (25)	0,19
Diminuir horas de sono durante o	1 (0,7)	5 (3,2)	0,12

Desafio	Meninos	Meninas	p
dia			
Diminuir tamanho da porção	6 (4,3)	15 (9,7)	0,07
Não comer sobremesa	2 (1,4)	1 (0,6)	0,50

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.
Variáveis categóricas são expressas como n (%).

5.4 Adesão aos desafios pactuados

Observa-se, ao sumarizar os grupos de recomendações, que a maior frequência de adesão total (40,3%) está relacionada à mudança de hábitos de vida, enquanto a maior frequência de adesão parcial se dá junto aos hábitos alimentares (52,1%) e a não adesão é mais observada junto à atividade física (29,8%).

A Tabela 5 apresenta, de forma descritiva, a adesão das crianças que compareceram às duas consultas. Os dados são agrupados por semelhança: atividade física, hábitos alimentares e hábitos de vida; e a adesão é apresentada como adesão total, adesão parcial e não adesão ao desafio pactuado.

Tabela 5 - Desafios pactuados e comportamento de adesão no grupo de pacientes frequentes ao ambulatório (n= 261)

Desafio	Adesão Total	Adesão Parcial	Não Adesão
Atividade física	83 (100)	101 (100)	78 (100)
Caminhar	4 (1,6)	11 (4,4)	15 (6,0)
Brincar	20 (7,9)	22 (8,7)	9 (3,6)
Dançar	4 (1,6)	11 (4,4)	8 (3,2)
Jogar bola	13 (5,2)	8 (3,2)	3 (1,2)

Desafio	Adesão Total	Adesão Parcial	Não Adesão
Andar de bicicleta	10 (4,0)	8 (3,2)	10 (4,0)
Pular corda (n= 17)	3 (1,2)	8 (3,2)	6 (2,4)
Ajudar nas atividades domésticas (n= 8)	2 (0,8)	4 (1,6)	2 (0,8)
Atividade física sistemática (n= 79)	27 (10,8)	28 (11,2)	24 (9,6)
Subir escada (n= 2)	0 (0)	1 (0,4)	1 (0,4)
Hábitos Alimentares (n= 401)	139 (100)	209 (100)	53 (100)
Consumir frutas e verduras (n= 34)	9 (3,6)	21 (8,4)	4 (1,6)
Beber água (n= 61)	29 (11,8)	29 (11,8)	3 (1,2)
Evitar ou diminuir refrigerantes (n= 86)	30 (12,2)	46 (18,7)	10 (4,1)
Evitar guloseimas (n= 46)	14 (5,6)	28 (11,2)	4 (1,6)
Restringir carboidratos (n= 33)	8 (3,2)	17 (6,8)	8 (3,2)
Aumentar consumo de leite (n= 26)	7 (2,8)	12 (4,7)	7 (2,8)
Não beber sucos e/ou refrigerantes nas refeições (n= 78)	27 (10,8)	37 (14,9)	14 (5,6)
Evitar frituras (n= 21)	6 (2,4)	14 (5,5)	1 (0,4)
Preferir carnes magras (n= 1)	1 (0,4)	0 (0)	0 (0)
Retirar a pele do frango (n= 1)	1 (0,4)	0 (0)	0 (0)
Não usar óleo ou azeite na salada (n= 1)	0 (0)	1 (0,4)	0 (0)
Consumir açúcar com moderação (n= 13)	7 (2,8)	4 (1,6)	2 (0,8)
Hábitos de Vida (n= 221)	89 (100)	71 (100)	61 (100)

Desafio	Adesão Total	Adesão Parcial	Não Adesão
Horário e locais fixos para as refeições (n= 18)	5 (2)	6 (2,4)	7 (2,8)
Tomar café da manhã (n= 51)	18 (7,1)	12 (4,8)	21 (8,3)
Diminuir horas de TV/computador/games (n= 51)	6 (2,4)	11 (4,4)	8 (3,2)
Não comer fora de hora (n= 11)	7 (2,8)	2 (0,8)	2 (0,8)
Fazer cinco a seis refeições por dia (n=26)	10 (4)	6 (2,4)	10 (4)
Mastigar bem e comer devagar (n= 2)	1 (0,4)	0 (0)	1 (0,4)
Envolver a família (n= 18)	6 (2,4)	10 (4,0)	2 (0,8)
Não repetir (n= 48)	26 (10,4)	17 (6,8)	5 (2,0)
Diminuir horas de sono durante o dia (n= 4)	0 (0)	0 (0)	4 (1,6)
Diminuir tamanho da porção (n= 16)	8 (3,2)	7 (2,8)	1 (0,4)
Não comer sobremesa (n= 2)	2 (0,8)	0 (0)	0 (0)

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.
Variáveis categóricas são expressas como n (%).

Em uma primeira tentativa de dicotomização do que se considera como “adesão”, as categorias “adesão total” e “adesão parcial” foram agrupadas, constituindo uma nova categoria denominada “adesão”. A análise por essa perspectiva mais otimista permite afirmar que a adesão às recomendações de atividade física chega a 70,2%, sendo que os desafios mais frequentemente pactuados e com maior taxa de adesão foram: brincar (82,4%), atividade física sistemática (69,6%) e andar de bicicleta (64,3); quanto às mudanças de hábitos alimentares, 86,8% das crianças aderiram à pactuação, sendo que beber água e evitar guloseimas obtiveram adesão superior a 90%. Destacam-se também a adesão às pactuações: evitar ou diminuir refrigerantes (88,4%) e não beber sucos e refrigerantes nas refeições (82,1%). No conjunto de desafios de

mudança de hábitos de vida, a taxa de adesão chegou a 72,4%. Desafios pactuados como diminuir tamanho da porção (93,8%), não repetir (89,6%) e envolver a família (88,9%) obtiveram as maiores frequências de recomendações e altas taxas de adesão (Tabela 6).

Tabela 6 - Adesão (somatório das categorias “adesão total” e “adesão parcial”) aos desafios propostos na primeira consulta nos pacientes frequentes ao ambulatório (n=261)

Desafio	Adesão (n= 692)	Não Adesão (n= 192)
Atividade física (n= 262)	184 (100)	78 (100)
Caminhar (n= 30)	15 (50)	15 (50)
Brincar (n= 51)	42 (82,4)	9 (17,6)
Dançar (n= 23)	15 (65,2)	8 (34,8)
Jogar bola (n= 24)	21 (87,5)	3 (12,5)
Andar de bicicleta (n= 28)	18 (64,3)	10 (35,7)
Pular corda (n= 17)	11 (64,7)	6 (35,3)
Ajudar nas atividades domésticas (n= 8)	6 (75)	2 (25)
Atividade física sistemática (n= 79)	55 (69,6)	24 (30,4)
Subir escada (n= 2)	1 (50)	1 (50)
Hábitos Alimentares (n= 401)	348 (100)	53 (100)
Consumir frutas e verduras (n= 34)	30 (88,2)	4 (11,8)
Beber água (n= 61)	58 (95,1)	3 (4,9)
Evitar ou diminuir refrigerantes (n= 86)	76 (88,4)	10 (11,6)
Evitar guloseimas (n= 46)	42 (91,3)	4 (8,7)
Restringir carboidratos (n= 33)	25 (75,8)	8 (24,2)
Aumentar consumo de leite (n= 26)	19 (73,1)	7 (26,9)

Desafio	Adesão (n= 692)	Não Adesão (n= 192)
Não beber sucos e/ou refrigerantes nas refeições (n= 78)	64 (82,1)	14 (17,9)
Evitar frituras (n= 21)	20 (95,2)	1 (4,8)
Preferir carnes magras (n= 1)	1 (100)	0 (0)
Retirar a pele do frango (n= 1)	1 (100)	0 (0)
Não usar óleo ou azeite na salada (n= 1)	1 (100)	0 (0)
Consumir açúcar com moderação (n= 13)	11 (84,6)	2 (15,4)
Hábitos de Vida (n= 221)	160 (100)	61 (100)
Horário e local fixos para as refeições (n= 18)	11 (61,1)	7 (38,9)
Tomar café da manhã (n= 51)	30 (58,8)	21 (41,2)
Diminuir horas de TV/computador/games (n= 25)	17 (68)	8 (32)
Não comer fora de hora (n= 11)	9 (81,8)	2 (18,2)
Fazer cinco a seis refeições por dia (n= 26)	16 (61,5)	10 (38,5)
Mastigar bem e comer devagar (n= 2)	1 (50)	1 (50)
Envolver a família (n= 18)	16 (88,9)	2 (11,1)
Não repetir (n= 48)	43 (89,6)	5 (10,4)
Diminuir horas de sono durante o dia (n= 4)	0 (0)	4 (100)
Diminuir tamanho da porção (n= 16)	15 (93,8)	1 (6,3)
Não comer sobremesa (n= 2)	2 (100)	0 (0)

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.
Variáveis expressas como n (%).

Em uma perspectiva menos otimista, a categoria “adesão parcial”, desta vez, foi agrupada à categoria “não adesão”, o que está demonstrado na Tabela 7. Nessa perspectiva, as taxas de adesão às recomendações pactuadas não alcançariam 50%, sendo elas: 40,3% às mudanças de hábitos de vida, 34,6% às mudanças de hábitos alimentares e 31,7% à atividade física. Destaca-se a adesão às seguintes pactuações: jogar bola (54,2%), beber água (47,5%) e não repetir (54,2%).

Tabela 7 - Adesão e não adesão (somatório das categorias “sem adesão” e “adesão parcial”) aos desafios propostos na primeira consulta nos pacientes frequentes ao ambulatório (n=261).

Desafio	Adesão (n=311)	Não Adesão (n=573)
Atividade física (n= 262)	83 (100)	179 (100)
Caminhar (n= 30)	4 (13,3)	26 (87,7)
Brincar (n= 51)	20 (39,2)	31 (60,8)
Dançar (n= 23)	4 (17,4)	19 (82,6)
Jogar bola (n= 24)	13 (54,2)	11 (45,8)
Andar de bicicleta (n= 28)	10 (35,7)	18 (64,3)
Pular corda (n= 17)	3 (17,6)	14 (82,4)
Ajudar nas atividades domésticas (n= 8)	2 (25)	6 (75)
Atividade física sistemática (n= 79)	27 (34,2)	52 (65,8)
Subir escada (n= 2)	0 (0)	2 (100)
Hábitos Alimentares (n= 401)	139 (100)	262 (100)
Consumir frutas e verduras (n=34)	9 (26,5)	25 (73,5)
Beber água (n= 61)	29 (47,5)	32 (52,5)
Evitar ou diminuir refrigerantes (n= 86)	30 (34,9)	56 (65,1)

Desafio	Adesão (n=311)	Não Adesão (n=573)
Evitar guloseimas (n= 46)	14 (30,4)	32 (69,6)
Restringir carboidratos (n= 33)	8 (24,4)	25 (75,8)
Aumentar consumo de leite (n= 26)	7 (26,9)	19 (73,1)
Não beber sucos e/ou refrigerantes nas refeições (n = 78)	27 (34,6)	51 (65,4)
Evitar frituras (n= 21)	6 (28,6)	15 (71,4)
Preferir carnes magras (n= 1)	1 (100)	0 (0)
Retirar a pele do frango (n= 1)	1 (100)	0 (0)
Não usar óleo ou azeite na salada (n= 1)	0 (0)	1 (100)
Consumir açúcar com moderação (n= 13)	7 (53,8)	6 (46,2)
Hábitos de Vida (n= 221)	89 (100)	132 (100)
Horário e local fixos para as refeições (n= 18)	5 (27,8)	13 (72,2)
Tomar café da manhã (n= 51)	18 (35,3)	33 (64,7)
Diminuir horas de TV/computador/games (n= 25)	6 (24)	19 (76)
Não comer fora de hora (n= 11)	7 (63,6)	4 (36,4)
Fazer 5 a 6 refeições por dia (n= 26)	10 (38,5)	16 (61,5)
Mastigar bem e comer devagar (n= 2)	1 (50)	1 (50)
Envolver a família (n= 18)	6 (33,3)	12 (66,7)
Não repetir (n= 48)	26 (54,2)	22 (45,8)
Diminuir horas de sono durante o dia (n= 4)	0 (0)	4 (100)
Diminuir tamanho da porção (n= 16)	8 (50)	8 (50)
Não comer sobremesa (n= 2)	2 (100)	0 (0)

Fonte: Dados da pesquisa, 2014. Variáveis expressas como n (%).

Não houve diferença significativa ($p > 0,05$ para todas as comparações) na adesão entre os sexos, para nenhum dos desafios, quando novamente “adesão” foi considerada como somatório das categorias “adesão parcial” e “adesão total” (Tabela 8).

Tabela 8 - Comparação da adesão (“adesão parcial” e “adesão total”) ao desafio pactuado na primeira consulta entre meninos e meninas.

Desafio	Adesão	Adesão	p
	Meninos (n= 123)	Meninas (n= 138)	
Atividade física	59 (73,8)	76 (76)	0,72
Caminhar	3 (50)	12 (50)	1,00
Brincar	20 (83,3)	22 (81,5)	0,86
Dançar	0 (0)	15 (68,2)	0,16
Jogar bola	15 (88,2)	6 (85,7)	0,86
Andar de bicicleta	7 (53,8)	11 (73,3)	0,28
Pular corda	3 (100)	8 (57,1)	0,15
Ajudar nas atividades domésticas	2 (100)	4 (66,7)	0,34
Atividade física sistemática	25 (64,1)	30 (75)	0,29
Subir escada	1 (100)	0 (0)	0,15
Hábitos Alimentares	80 (89)	102 (91)	0,60
Consumir frutas e verduras	11 (78,6)	19 (95)	0,14
Beber água	25 (96,2)	33 (94,3)	0,73
Evitar ou diminuir refrigerantes	28 (82,4)	48 (92,3)	0,15
Evitar guloseimas	15 (93,8)	27 (90)	0,66
Restringir carboidratos	14 (82,4)	11 (68,8)	0,36
Aumentar consumo de leite	8 (66,7)	11 (78,6)	0,49
Não beber sucos e/ou refrigerantes	30 (83,3)	34 (81)	0,78

Desafio	Adesão	Adesão	p
	Meninos (n= 123)	Meninas (n= 138)	
nas refeições			
Evitar frituras	9 (100)	11 (91,7)	0,37
Preferir carnes magras	0 (0)	1 (100)	
Retirar a pele do frango	0 (0)	1 (100)	
Não usar óleo ou azeite na salada	0 (0)	1 (100)	
Consumir açúcar com moderação	4 (80)	7 (87,5)	0,71
Hábitos de Vida	50 (78,1)	69 (76,7)	0,83
Horário e locais fixos para as refeições	5 (83,3)	6 (50)	0,71
Tomar café da manhã	12 (52,2)	18 (64,3)	0,38
Diminuir horas de TV/computador/games	10 (71,4)	7 (63,6)	0,67
Não comer fora de hora	4 (100)	5 (71,4)	0,23
Fazer cinco a seis refeições por dia	9 (69,2)	7 (53,8)	0,42
Mastigar bem e comer devagar	1 (50)	0 (0)	
Envolver a família	7 (87,5)	9 (90)	0,86
Não repetir	16 (88,9)	27 (90)	0,90
Diminuir horas de sono durante o dia	0 (0)	0 (0)	
Diminuir tamanho da porção	3 (75)	12 (100)	0,07
Não comer sobremesa	1 (100)	1 (100)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.
Variáveis expressas como n (%).

Mantendo-se o agrupamento de “adesão parcial” à “adesão total” como “adesão”, a análise por faixa etária (<12 anos vs ≥12 anos), mostrou diferença para os domínios atividade física (p=0,01) e hábito de vida (p= 0,03). Os

resultados demonstram que parece ser mais fácil às crianças menores de doze anos aderirem aos seguintes desafios: evitar frituras (100% vs 66,7%; $p=0,01$) e não comer fora de hora (7% vs 2%; $p=0,03$), enquanto os mais velhos aderiram mais a não beber sucos e/ou refrigerantes nas refeições (76,8% vs 95,5%; $p=0,05$). Não foram identificadas diferenças na adesão às demais pactuações ($p >0,05$ para todas as comparações) (Tabela 9).

Tabela 9 - Comparação da adesão (“adesão parcial” e “adesão total”) ($n = 261$) aos desafios pactuados na primeira consulta entre crianças <12 anos e ≥ 12 anos.

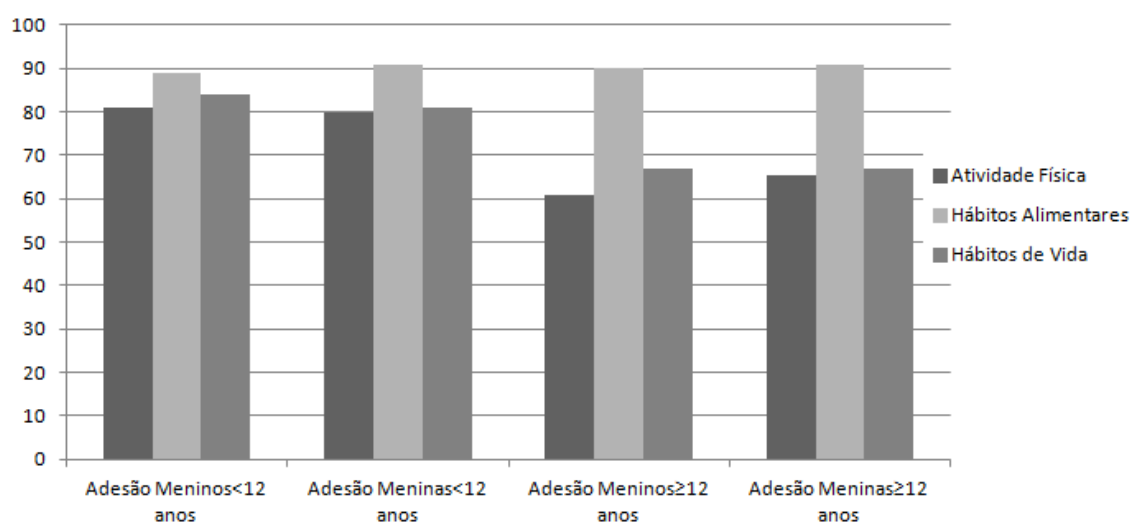
Desafio	Adesão	Adesão	p
	< 12 anos ($n= 171$)	≥ 12 anos ($n= 90$)	
Atividade física	99 (80,5)	36 (63,2)	0,01
Caminhar	7 (46,7)	8 (53,3)	0,71
Brincar	39 (81,3)	3 (100)	0,40
Dançar	11 (64,7)	4 (66,7)	0,93
Jogar bola	18 (85,7)	3 (100)	0,48
Andar de bicicleta	15 (68,2)	3 (50)	0,41
Pular corda	11 (68,8)	0 (0)	0,16
Ajudar nas atividades domésticas	5 (83,3)	1 (50)	0,34
Atividade física sistemática	35 (77,8)	20 (58,8)	0,07
Subir escada	1 (100)	0 (0)	0,15
Hábitos Alimentares	127 (90)	55 (90)	0,98
Consumir frutas e verduras	22 (91,7)	8 (80)	0,33
Beber água	39 (95,1)	19 (95)	0,98
Evitar ou diminuir refrigerantes	53 (89,8)	23 (85,2)	0,53
Evitar guloseimas	31 (91,2)	11 (91,7)	0,95

Desafio	Adesão	Adesão	p
	< 12 anos (n= 171)	≥ 12 anos (n= 90)	
Restringir carboidratos	19 (79,2)	6 (66,7)	0,45
Aumentar consumo de leite	13 (76,5)	6 (66,7)	0,59
Não beber sucos e/ou refrigerantes nas refeições	43 (76,8)	21 (95,5)	0,05
Evitar frituras	18 (100)	2 (66,7)	0,01
Preferir carnes magras	1 (100)	0 (0)	
Retirar a pele do frango	1 (100)	0 (0)	
Não usar óleo ou azeite na salada	1 (100)	0 (0)	
Consumir açúcar com moderação	6 (85,7)	5 (83,3)	0,90
Hábito de Vida	87 (82,1)	32 (66,7)	0,03
Horário e locais fixos para as refeições	7 (58,3)	4 (66,7)	0,73
Tomar café da manhã	22 (73,3)	8 (38,1)	0,12
Diminuir horas de TV/computador/games	12 (75)	5 (55,6)	0,31
Não comer fora de hora	7 (100)	2 (50)	0,03
Fazer cinco a seis refeições por dia	9 (69,2)	7 (53,8)	0,42
Mastigar bem e comer devagar	1 (50)	0 (0)	
Envolver a família	15 (88,2)	1 (100)	0,71
Não repetir	33 (89,2)	10 (90,9)	0,87
Diminuir horas de sono durante o dia	0 (0)	0 (0)	
Diminuir tamanho da porção	9 (100)	6 (85,7)	0,24
Não comer sobremesa	1 (100)	1 (100)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.
Variáveis expressas como n (%).

No Gráfico 1, estão apresentados dados relativos à adesão nos estratos de sexo e idade. Para nenhuma das comparações foi identificada diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$ para a totalidade das comparações). Parece mais factível para meninos e meninas, de ambas as faixas etárias, seguir as pactuações de mudança de hábitos alimentares e de vida; as piores taxas de adesão às pactuações de atividade física são encontradas junto ao grupo com idade ≥ 12 anos, independente do sexo (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Adesão (parcial e total) ao somatório de recomendações relacionadas à atividade física, hábitos alimentares e hábitos de vida de acordo com sexo e idade (<12 e ≥ 12 anos)



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.
Variáveis expressas como n (%).

6 DISCUSSÃO

No presente estudo, identificou-se que 15% dos pacientes que compareceram a uma primeira consulta em um ambulatório de referência no manejo da obesidade infantojuvenil descontinuaram o acompanhamento em curto prazo, já na segunda consulta. Dentre as mudanças no estilo de vida pactuadas na primeira consulta, aquelas relacionadas à mudança de hábitos alimentares foram mais frequentes. Para os pacientes que se mantiveram frequentes ao ambulatório, os desafios de mudança de hábitos alimentares foram os que apresentaram maior adesão.

Os mecanismos relacionados à vinculação do paciente ao serviço de saúde não são totalmente compreendidos e as taxas de desistência do seguimento variam. Em estudo anterior, que avaliou a evolução antropométrica de crianças e adolescentes com excesso de peso submetidos a um programa ambulatorial de incentivo à adoção de estilo de vida saudável, a taxa de interrupção de seguimento foi de 23%⁽¹⁾, superando a de 15% apresentada nesse estudo, mas sendo inferior à de 27% apresentada em um ensaio clínico⁽²¹⁾. No entanto, as taxas de descontinuidade no tratamento foram medidas em maior prazo de tempo, seis⁽¹⁾ e quatro meses⁽²¹⁾, respectivamente. Também durante um período de seguimento de seis meses, ensaio clínico randomizado, que testou a efetividade da intervenção baseada em atividade física, educação nutricional e aconselhamento comportamental em crianças com sobrepeso, apresentou taxa de abandono de 3% no grupo intervenção e de 16% no grupo controle⁽²⁷⁾. Similarmente, estudo de intervenção ambulatorial, que propunha a prática de exercício físico, a educação nutricional, além de terapia comportamental, com seguimento de um ano, identificou 18% de abandono⁽²⁸⁾. Dentre as características analisadas no presente estudo, não foram identificadas diferenças entre os participantes que se mantiveram frequentes e os que desistiram após a primeira consulta. Entretanto, fatores como a distância entre a moradia do paciente e o local do atendimento, a coincidência de horários entre o turno de estudo do paciente e as consultas, a disponibilidade de um responsável para o acompanhamento, dentre outros, não

foram avaliados. Além disso, devido ao ambulatório de referência em questão contar com demanda superior a sua capacidade, o período de tempo entre consultas (mediana de 35 dias) pode ter contribuído para a ausência à consulta de retorno, uma vez que a vinculação ao serviço e à equipe ainda não foi estabelecida. Diante destas dificuldades de acesso aos serviços especializados, estratégias alternativas de vinculação, como contatos telefônicos, vêm sendo testadas em cenários de manejo da obesidade e de outros perfis de pacientes crônicos. Estudo experimental, desenvolvido em Porto Alegre, com crianças com sobrepeso, em que foi realizado contato telefônico ou por mensagem de texto com os participantes no dia anterior à consulta, apresentou perda de 10% no seguimento de um ano⁽¹⁴⁾.

A orientação de medidas conservadoras, que algumas vezes já são conhecidas pelos pais e pelas crianças, propondo mudanças de comportamento permanentes em detrimento de dietas a curto prazo ou programas de exercício destinados à perda rápida de peso, pode ajudar no entendimento da desistência em seguir com o acompanhamento ambulatorial. Alguns autores^(1,21,29) também afirmam que o entendimento de que exista uma proposta mágica para o combate à obesidade, associado a outros fatores, possa justificar a perda de seguimento. Soma-se a isso o fato de que alguns desafios pactuados (caminhar, jogar bola, consumir frutas e verduras, beber água, evitar ou diminuir refrigerante, restringir carboidratos, adotar horário e local fixos para as refeições, tomar café da manhã, envolver a família e não repetir nas refeições), ainda que sugeridos na literatura para o manejo da obesidade⁽²⁾, podem ter sido percebidos como mais ambiciosos por alguns dos pacientes explicando, em parte, a evasão.

Corroborando as pactuações propostas no presente estudo, autores apontam que os comportamentos que devem ser classificados como mais importantes a sofrerem intervenções, no contexto da obesidade, são aqueles suscetíveis a modificações, que estão implicados na etiologia do problema, que não trazem malefícios e que são úteis para a saúde e para o desenvolvimento da criança⁽³⁰⁾. Estudo de revisão conclui que fatores exógenos (comportamento e ambiente) são os principais responsáveis pelo crescimento da população de crianças e adolescentes obesos⁽³¹⁾. Assim como nesse estudo, outros autores

também identificaram que mudanças de hábitos alimentares, seguidas de mudanças de hábitos de vida e de atividade física foram as intervenções mais frequentemente recomendadas por profissionais de saúde⁽³²⁾. De fato, hábitos como assistir televisão em excesso, baixa atividade física, consumo excessivo de bebidas açucaradas, falta de sono, entre outros, foram identificados – por meio de uma revisão sistemática – como os principais determinantes da obesidade infantil⁽³³⁾. Há que se considerar que estratégias de modificação de hábitos de vida inadequados deva ser um ponto central na abordagem terapêutica, já que podem promover alterações permanentes no comportamento, ao contrário de dietas em curto prazo ou programas de exercícios destinados à rápida perda de peso⁽³⁴⁾. Essas informações são acrescidas pelos achados de um estudo transversal desenvolvido no Rio Grande do Sul que apontou que crianças com práticas alimentares menos saudáveis (não consumir frutas, hortaliças, leite, café da manhã e maior consumo de refrigerantes) apresentam cinco vezes mais chances de serem obesas (OR=5,3; $p < 0,05$)⁽³⁵⁾. Portanto, uma vez que todos os hábitos citados anteriormente são potencialmente modificáveis, justificam-se as abordagens que apoiem o paciente a alterá-los⁽³⁶⁾. Somando-se a isso, há evidências dos múltiplos benefícios dos programas de intervenção com orientação nutricional e exercício físico, além do tratamento convencional para crianças obesas⁽²¹⁾ com propostas de modificações de estilo de vida. Os dados apresentados anteriormente são corroborados por estudo de revisão que concluiu que as modificações ao nível da alimentação e da atividade física parecem ser as mais efetivas no controle do peso corporal⁽⁴⁾.

Há que se considerar que a população infantil é dependente do ambiente onde vive, sendo suas atitudes reflexos deste; portanto, o ambiente desfavorável poderá propiciar condições que levem ao desenvolvimento de distúrbios alimentares e, uma vez instalados, poderão permanecer caso não aconteçam mudanças neste contexto⁽³⁷⁾. Considerando-se que a maior parte das crianças está sob o cuidado dos pais, torna-se importante enfatizar o papel e a responsabilidade da família no processo de mudança de hábitos das crianças⁽³⁴⁾, como um fator decisivo para o sucesso ou fracasso do tratamento⁽³⁸⁾. Dessa forma, justificam-se as pactuações que contemplem o

envolvimento familiar. Autores afirmam que a família exerce papel importante na prevenção e no tratamento da obesidade^(4,5), por ser a unidade de mudança do paciente, influenciando na consolidação de novos hábitos alimentares⁽³⁹⁾, o que equivale a dizer que as famílias são dotadas de papel fundamental na formação inicial dos hábitos alimentares da criança, sendo os pais o referencial de padrão para os filhos⁽⁴⁰⁾, além de estimular a criança a aderir ao tratamento⁽¹⁾.

Os dados apresentados apontam para taxas alarmantes de doenças crônicas não transmissíveis nos familiares das crianças em questão, chegando a obesidade a 77,7%. Taxa de obesidade familiar semelhante, 79,2% foi encontrada em coorte que acompanhou 118 crianças e adolescentes com excesso de peso no Rio Grande do Sul⁽⁴¹⁾. A relação entre a obesidade infantil e a obesidade familiar parece ser multifatorial e conta com importante componente genético, pois crianças nascidas de pais obesos têm de três a quatro vezes mais chances de serem obesas do que aquelas nascidas de pais com peso normal⁽⁴²⁾. Autores reforçam que a chance de a criança se tornar obesa quando pai e mãe são obesos chega a 80%^(43:163).

Chama atenção na amostra estudada, apesar da média de idade de 10 anos, a prevalência de pressão arterial alterada (5,4%). A prevalência encontrada é menor do que a descrita em um estudo de coorte que acompanhou 118 crianças e adolescentes com excesso de peso, com idade média de 11,6 anos, em que 19,2% tinham o diagnóstico de HAS⁽⁴¹⁾. Estudo transversal desenvolvido com 564 crianças e adolescentes do interior do Rio Grande do Sul concluiu que escolares com sobrepeso/obesidade apresentaram percentual superior para os indicadores pressóricos, em comparação aos escolares com baixo peso/normal⁽⁴⁴⁾. Está bem descrita a associação entre obesidade e dislipidemia, HAS, DM-II e outras comorbidades. Sabe-se que a obesidade em crianças e adolescentes não tem implicações apenas em curto prazo, uma vez que tende a continuar na fase adulta⁽⁴¹⁾ e a produzir fatores de risco para o desenvolvimento de comorbidades a longo prazo⁽⁴⁵⁾. Uma coorte que acompanhou 4.857 crianças norte-americanas concluiu que a obesidade, a intolerância à glicose e a HAS na infância estavam fortemente associados com o aumento das taxas de morte prematura por causas endógenas naquela

população⁽⁴⁶⁾. Estes achados evidenciam a importância de identificar e monitorar os fatores de risco cardiovasculares desde a infância^(31,44).

Não se pode desconsiderar o desafio da manutenção da motivação e da adesão dos pacientes e de seus familiares ao tratamento⁽¹⁾. Chama atenção nesse estudo, que intervenções como atividade física sistemática, restrição de carboidratos, tomar café da manhã e fazer cinco a seis refeições por dia tiveram as piores taxas de adesão, possivelmente por serem mais difíceis de serem seguidas em curto período de tempo. Em contraponto, era esperado que atividades como pular corda e brincar fossem mais recomendadas para crianças menores e que essas aderissem com maior facilidade à pactuação. Nessa perspectiva, autores afirmam que as mudanças desejadas são alcançadas quando os hábitos mais ativos são promovidos⁽⁴⁴⁾.

Os dados de “adesão parcial” destacaram-se, sugerindo aos profissionais que a modificação completa de hábitos de vida, que envolvem o consumo alimentar e as práticas de atividade física, leva um período mais longo do que os 35 dias de intervalo apresentados nesse estudo. Além disto, que o esforço empenhado, mesmo que não refletindo a mudança completa, deve ser valorizado e reforçado pela equipe. Estudos de intervenção afirmam que os resultados apresentados por crianças motivadas são melhores e mais duradouros^(28,47). Nessa direção, autores afirmam que o reconhecimento das particularidades e a individualização das intervenções^(3,48) são estratégias que devem ser adotadas a fim de aumentar a vinculação e a adesão. Nesse cenário, a identificação das medidas que contam com pior taxa de adesão também parece importante no momento de estabelecer e de adequar as intervenções propostas, buscando a reformulação conforme a afinidade que a criança demonstra em desenvolver a pactuação proposta.

7 POSSÍVEIS LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Assim como outros delineamentos de característica retrospectiva, o presente estudo tem a autolimitação de analisar exclusivamente os dados que foram obtidos e registrados na ocasião dos atendimentos. A fim de minimizar os possíveis efeitos de viés de informação, o banco de dados original foi revisado, sendo acrescentado de dados constantes nas fichas de atendimento dos pacientes e nos registros do prontuário.

Os resultados deste estudo referem-se a um curto tempo de seguimento. Desta forma, as inferências correspondem exclusivamente a este período compreendido entre as duas primeiras consultas, o que não permite avaliação do impacto da adoção destas intervenções sobre a antropometria dos pacientes ou sobre desfechos clínicos.

8 IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Grande parte da formação profissional do enfermeiro é centrada na educação em saúde, instrumentalizando-o a atuar em diferentes cenários, da atenção básica à alta complexidade. Essa formação diferenciada, associada às habilidades e competências próprias da profissão, justifica que o enfermeiro integre equipes multiprofissionais, como a equipe do AmO, equipes de atenção básica, entre outras.

Na atenção básica, especialmente durante a realização das atividades preconizadas pelo Programa Saúde na Escola e também nas consultas ambulatoriais, há a demanda de atendimento de enfermagem às crianças com sobrepeso e obesidade. Nesse cenário, o presente estudo pode ser um norteador para o estabelecimento da pactuação de recomendações de mudanças no estilo de vida, de hábitos alimentares e de atividade física, uma vez que apresenta de forma detalhada os desafios com melhor e pior taxas de adesão no início do acompanhamento, contribuindo para o fortalecimento da vinculação entre as crianças e os profissionais de saúde.

9 CONCLUSÕES

Dentre as principais recomendações pactuadas em um ambulatório de referência estão àquelas relacionadas às mudanças de hábitos alimentares. Também foram as pactuações de alteração de hábitos alimentares que obtiveram a maior adesão dos pacientes em um período curto de seguimento, entre a primeira e a segunda consulta ambulatorial.

Apesar de ser semelhante o perfil de pacientes que desistiram do acompanhamento no ambulatório e dos que permaneceram em seguimento, houve diferença nas recomendações pactuadas para os grupos. Acredita-se que recomendações com maior dificuldade de serem seguidas, associadas ao intervalo de tempo entre as consultas ambulatoriais, possam justificar em parte a taxa de desistência apresentada.

O reconhecimento das intervenções com pior adesão, dado inédito apresentado nesse estudo, pode instrumentalizar as equipes de saúde no momento de decidir a conduta terapêutica individualizada a ser estabelecida, de forma a minimizar a evasão e a estreitar o vínculo com as crianças e os familiares. Sugere-se a realização de estudos comparados, a médio e longo prazo, que avaliem o impacto das intervenções propostas sobre desfechos clínicos e que avaliem a reprodutibilidade dessa proposta de intervenção em serviços de outras complexidades, como, por exemplo, na atenção básica.

REFERÊNCIAS

1. Beghetto MG, Mello ED, Mello PP. Evolução antropométrica em um programa ambulatorial de manejo do excesso de peso infantil. *Rev Assoc Med Rio Grande do Sul*. 2011;55(3):255-9.
2. Rinaldi AEM, Pereira AF, Célia Macedo CS, Mota JF, Burini RC. Contribuições das práticas alimentares e inatividade física para o excesso de peso infantil. *Rev Paul Pediatr*. 2008;26(3):271-7.
3. Almeida CAN. Tratamento da obesidade na infância e adolescência. *Rev Med Minas Gerais*. 2011;21:44-7.
4. Carvalho MA, Carmo I, Breda J, Rito AI. Análise comparativa de métodos de abordagem da obesidade Infantil. *Rev Port Saúde Pública*. 2011;29(2):148-56.
5. Cordero MJA, Piñero AO, Villar NM, García JCS, Verazaluce JJ, García IG, López MAS. Programas de actividad física para reducir sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes; revisión sistemática. *Nutr Hosp*. 2014;30(4):727-40.
6. Coutinho JG, Gentil PC, Toral N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(2):332-40.
7. Silveira FJF, Lamounier JA. Avaliação nutricional de crianças do Vale do Alto Jequitinhonha com a utilização das novas curvas de crescimento do NCHS e da OMS. *Rev Paul Pediatr*. 2009;27(2):133-8.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
9. Singh GK, Kogan MD, van Dyck PC. Changes in state-specific childhood obesity and overweight prevalence in the United States from 2003 to 2007. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2010;164(7):598-607.
10. Terres NG, Pinheiro RT, Horta BL, Pinheiro KAT, Horta LL. Prevalência e fatores associados ao sobrepeso e à obesidade em adolescentes. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(4):627-33.
11. Costa CD, Ferreira MG, Amaral R. Obesidade infantil e juvenil. *Acta Med Port*. 2010;23(3):379-84.

12. Souza MR, Bezerra CS, Mazzariol RA, Leite BPF, Liberatore RDR Jr. Análise da prevalência de resistência insulínica e diabetes mellitus tipo 2 em crianças e adolescentes obesos. *Arq Ciênc Saúde* 2004;11(4):215-8.
13. Baker JL, Olsen LW, Sorensen TI. Childhood body-mass index and the risk of coronary heart disease in adulthood. *N Engl J Med*. 2007;357(23):2329-37.
14. Koglin G. Evolução de crianças e adolescentes com excesso de peso após manejo com dieta ajustada por calorimetria indireta [dissertação]. Porto Alegre (RS): Faculdade de Medicina, Programa de Pós Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012.
15. Barros AA Filho. Obesity: a puzzling disorder. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80:1-3.
16. Wieting JM. Cause and effect in childhood obesity: solutions for a national epidemic. *J Am Osteopath Assoc*. 2008;108(10):545-52.
17. Koglin G, Mello ED. Manejo dietoterápico da obesidade e sua aplicação na população pediátrica: revisão da literatura. *Rev HCPA*. 2012;32(2):188-98.
18. Bueno JM, Leal FS, Saquy LPL, Santos CB, Ribeiro RPP. Educação alimentar na obesidade: adesão e resultados antropométricos. *Rev. Nutr*. 2011;24(4):575-84.
19. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Gineva; 2004.
20. Haynes RB. Determinants of compliance: the disease and the mechanics of treatment. Baltimore (MD): Johns Hopkins University Press; 1979.
21. Poeta LS, Duarte MFS, Giuliano ICB, Mota J. Intervenção interdisciplinar em crianças obesas e o impacto na saúde e qualidade de vida. *J Pediatr*. 2013;89(5):499-504.
22. Wong EMY, Cheng MMH. Effects of motivational interviewing to promote weight loss in obese children. *J Clin Nurs*. 2013;22(17/18):2519-30.
23. Marchi-Alves LM, Yagui CM, Rodrigues CS, Mazzo A, Rangel EML, Girão FB. Obesidade infantil ontem e hoje: importância da avaliação antropométrica pelo enfermeiro. *Escola Anna Nery*. 2011;15(2):238-44.
24. Luna IT, Moreira RAN, Silva KL, Caetano JA, Pinheiro PNC, Rebouças CBA. Obesidade juvenil com enfoque na promoção da saúde: revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011;32(2):394-401.

25. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Hearst N, Newman TB. *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. Porto Alegre: Artmed; 2008.
26. World Health Organization. *Child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development*. Geneva: WHO; 2007.
27. Reinehr T, Schaefer A, Winkel K, Finne E, Toschke AM, Kolip P. An effective lifestyle intervention in overweight children: findings from a randomized controlled trial on “Obeldicks Light”. *Clin Nutr*. 2010;29(3):331-6.
28. Reinehr T, Kleber M, Lass N, Toschke AM. Body mass index patterns over 5 y in obese children motivated to participate in a 1-y lifestyle intervention: age as a predictor of long-term success. *Am J Clin Nutr*. 2010;91(5):1165-71.
29. Mello ED, Luft VC, Meyer F. Atendimento ambulatorial individualizado versus programa de educação em grupo: qual oferece mais mudança de hábitos alimentares e de atividade física em crianças obesas? *J Pediatría*. 2004;80(6):468-74.
30. Whitaker RC. Obesity prevention in pediatric primary care: four behaviors to target. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2003;157(8):725-7.
31. Miranda JM, Ornelas EM, Wichi RB. Obesidade infantil e fatores de risco cardiovasculares. *ConScientiae Saúde*. 2011;10(1):175-80.
32. Dehghan M, Akhtar-Danesh N, Merchant AT. Childhood obesity, prevalence and prevention. *Nutr J*. 2005;4:24.
33. Monasta L, Batty GD, Cattaneo A, Lutje V, van Lenthe FJ, Brug J. Early life determinants of overweight and obesity: a review of reviews. *Obes Rev*. 2010;11(10):695-708.
34. Santos AL, Garcia Junior JR. Atividade física e dieta como meios preventivos da obesidade infantil. *Rev Bras Obes Nutr Emagrec*. 2012;6(31):23-30.
35. Triches RM, Giugliani ER. Obesity, eating habits and nutritional knowledge among school children. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(4):541-7.
36. Reilly JJ. Evidence-based obesity prevention in childhood and adolescence: critique of recent etiological studies, preventive interventions, and policies. *Adv Nutr*. 2012;3:636S–641S.

37. Oliveira AM, Cerqueira EM, Souza JS, Oliveira AC. Childhood overweight and obesity: influence of biological and environmental factors in Feira de Santana, BA. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2003;47(2):144-50.
38. Kain J, Uauy R, Concha F, Leyton B, Bustos N, Salazar G, et al. School-based obesity prevention interventions for Chilean children during the past decades: lessons learned. *Adv. Nutr.* 2012;3(4):616S-621S.
39. Doak CM, Visscher TLS, Renders CM and Seidell JC. The prevention of overweight and obesity in children and adolescents: a review of interventions and programmes. *Obes Rev.* 2006;7(1):111-36.
40. Araújo MF, Beserra EP, Araújo TM, Chaves ES. Obesidade infantil: uma reflexão sobre dinâmica familiar numa visão etnográfica. *Rev Rene.* 2006;7(1):103-8.
41. Oliveira GJ, Barbiero SM, Cesa CC, Pellanda LC. Comparação das curvas NCHS, CDC e OMS em crianças com risco cardiovascular. *Rev Assoc Med Bras.* 2013;59(4):375-80.
42. Cecchini M, Sassi F. Tackling obesity requires efficient government Policies. *Isr J Health Policy Res* 2012;1:18.
43. Cunha LN. *Dietbook.* São Paulo: Mandarim; 1999. p.163
44. Reuter CP, Burgos LT, Camargo MD, Possuelo LG, Reckziegel MB, Reuter EM, et al. Prevalence of obesity and cardiovascular risk among children and adolescents in the municipality of Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul. *São Paulo Med J.* 2013;131(5):323-30.
45. Raj M. Obesity and cardiovascular risk in children and adolescents. *Indian J Endocrinol Metab.* 2012;16(1):13-9.
46. Franks PW, Hanson RL, Knowler WC, Sievers ML, Bennett PH, Looker HC. Childhood obesity, other cardiovascular risk factors, and premature death. *N Engl J Med.* 2010;362(6):485-93.
47. Reinehr T, Brylak K, Alexy U, Kersting M, Andler W. Predictors to success in outpatient training in obese children and adolescents. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2003;27(9):1087-92.
48. McGovern L, Johnson JN, Paulo R, Hettinger A, Singhal V, Kamath C, et al. Treatment of pediatric obesity: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *J Clin Endocrinol Metab.* 2008;93(12):4600-5.

ANEXO 1 – Ficha Clínica AmO

Identificação			
Nome:		Prontuário:	
Sexo: (M) (F)	DN: / /	Cor: (preta) (branca) (parda)	Inclusão: / /
Naturalidade:		Procedência:	
Encaminhado por:			
UBS: / /		Qual UBS? _____	
HCPA: / /		Especialidade que encaminhou? _____	
Outro (citar): _____			
Endereço:		Telefone: () -	
Acompanhante na consulta:	Cuidador: (pais) (avós) (tios) (vizinhos) (outros)		
Perfil Psico Sócio Econômico			
Anos de estudo	Nº crianças < 12 anos na casa:	Nº moradores na casa:	
Pai:			
Mãe:			
Cuidador:			
Criança:			
Renda Familiar Total (R\$):	Benefício Social: (N) (S) R\$	Renda per capita (R\$):	
Salário mínimo vigente (nacional):	Ex.: Seguro Desemprego, Aux. Portador Def. Física Bolsa Família, Bolsa Escola e outros.	Renda per capita/sal mín:	
		Cond sócio-econ desfav. (N) (S)	
Hábitos			
Horas creche ou escola/dia:	Nº refeições/dia:	Quem faz comida:	
Nº refeições fora de casa/dia:	Refeições fora de hora: (N) (S) Quantas?		
Que horas delta:	Que horas acorda:	Dorme à tarde: (N) (S)	
		Se sim, quanto tempo:	
Atividades sedentárias (h/d)	TV:	Computador:	Videogame:
Atividade Física (h/d)	Escola	Casa	Extraclasse
Antecedentes			
Peso de nascimento (g):	Prematuro (<37 semanas): (N) (S) Quantas semanas:		
Tempo de amamentação exclusiva (em meses):	Tempo total de amamentação (em meses):		
Introdução de (em meses):	LV:	Fórmulas:	Alimentos sólidos:
História Médica do Paciente			
Doenças crônicas, quais:	() Cardiovascular	() Genética	() Imunológica
	() Endocrinolog	() Hematológica	() Infeciosa
	() Psiquiátrica	() GI	() Reumatológica
	() Oncológica	() Respiratória	() Musc-esquelética
			() Neurológica
			() Otorrinológica
			() Oftalmológica
			() Outros
Medicamentos: (N) (S) Qual:			
Internação prévia: (N) (S) Motivo:			
História Familiar			
Pai: Peso (Kg):	Altura:	IMC:	Mãe: Peso (Kg):
			Altura:
			IMC:
Obesidade:(S) (N)	(pai) (mãe) (avós) (irmãos)		Dislipidemia: (S) (N)
			(pai) (mãe) (avós) (irmãos)
Infarto: (S) (N)	(pai) (mãe) (avós) (irmãos)		DM 2: (S) (N)
			(pai) (mãe) (avós) (irmãos)
AVC: (S) (N)	(pai) (mãe) (avós) (irmãos)		Fumantes: (S) (N)
			(pai) (mãe) (avós) (irmãos)
HAS: (S) (N)	(pai) (mãe) (avós) (irmãos)		FR: fator de risco: mulher <45a / homem < 55a
Est. alvo (cm):	Perc. est. alvo:		

FICHA DE ATENDIMENTO PACIENTES DO AMBULATÓRIO OBESIDADE INFANTIL DO HCPA																																																																					
Nome: _____					Prontuário: _____																																																																
Sexo: (M) (F) DN: / /		Proced. afiliar: _____		Número: _____		Entrada: / /		DATA: _____																																																													
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">Idade</td> <td colspan="2">CMB:</td> <td colspan="2">P.CMB:</td> <td colspan="2">P.CB:</td> <td colspan="2">P.CMB:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">P. Peso:</td> <td colspan="2">CB:</td> <td colspan="2">P. CB:</td> <td colspan="2">P. CB:</td> <td colspan="2">P. CB:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">P. Alt:</td> <td colspan="2">PCT:</td> <td colspan="2">P. PCT:</td> <td colspan="2">P. PCT:</td> <td colspan="2">P. PCT:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">P. IMC:</td> <td colspan="2">Cintura:</td> <td colspan="2">P. Cint:</td> <td colspan="2">P. Cint:</td> <td colspan="2">P. Cint:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">NBIA:</td> <td colspan="2">KgBIA:</td> <td colspan="2">Quantif:</td> <td colspan="2">Quantif:</td> <td colspan="2">Quantif:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">P. PA:</td> <td colspan="2">Tanner (G) (M) (P)</td> <td colspan="2">Tanner (G) (M) (P)</td> <td colspan="2">Tanner (G) (M) (P)</td> <td colspan="2">Tanner (G) (M) (P)</td> </tr> </table>										Idade		CMB:		P.CMB:		P.CB:		P.CMB:		P. Peso:		CB:		P. CB:		P. CB:		P. CB:		P. Alt:		PCT:		P. PCT:		P. PCT:		P. PCT:		P. IMC:		Cintura:		P. Cint:		P. Cint:		P. Cint:		NBIA:		KgBIA:		Quantif:		Quantif:		Quantif:		P. PA:		Tanner (G) (M) (P)		Tanner (G) (M) (P)		Tanner (G) (M) (P)		Tanner (G) (M) (P)	
Idade		CMB:		P.CMB:		P.CB:		P.CMB:																																																													
P. Peso:		CB:		P. CB:		P. CB:		P. CB:																																																													
P. Alt:		PCT:		P. PCT:		P. PCT:		P. PCT:																																																													
P. IMC:		Cintura:		P. Cint:		P. Cint:		P. Cint:																																																													
NBIA:		KgBIA:		Quantif:		Quantif:		Quantif:																																																													
P. PA:		Tanner (G) (M) (P)		Tanner (G) (M) (P)		Tanner (G) (M) (P)		Tanner (G) (M) (P)																																																													
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">ADESAO</td> <td colspan="2">ATIVIDADE FÍSICA</td> <td colspan="2">META</td> <td colspan="2">ADESAO</td> <td colspan="2">METAS</td> </tr> <tr> <td>(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50) (51) (52) (53) (54) (55) (56) (57) (58) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65) (66) (67) (68) (69) (70) (71) (72) (73) (74) (75) (76) (77) (78) (79) (80) (81) (82) (83) (84) (85) (86) (87) (88) (89) (90) (91) (92) (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (100)</td> <td colspan="2">1. caminhar 2. brincar 3. dançar 4. jogar 5. andar de bicicleta 6. pular corda 7. ajudar nas atividades domésticas 8. ativ. física sistemática 9. subir escadas</td> <td colspan="2">1. caminhar 2. brincar 3. dançar 4. jogar 5. andar de bicicleta 6. pular corda 7. ajudar nas atividades domésticas 8. ativ. física sistemática 9. subir escadas</td> <td colspan="2">01 (C) (A) (M) 02 (C) (A) (M) 03 (C) (A) (M) 04 (C) (A) (M) 05 (C) (A) (M) 06 (C) (A) (M) 07 (C) (A) (M) 08 (C) (A) (M) 09 (C) (A) (M) 10 (C) (A) (M) 11 (C) (A) (M) 12 (C) (A) (M) 13 (C) (A) (M)</td> <td colspan="2">ADESAO</td> <td colspan="2">METAS</td> </tr> <tr> <td>(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50) (51) (52) (53) (54) (55) (56) (57) (58) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65) (66) (67) (68) (69) (70) (71) (72) (73) (74) (75) (76) (77) (78) (79) (80) (81) (82) (83) (84) (85) (86) (87) (88) (89) (90) (91) (92) (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (100)</td> <td colspan="2">1. consumir frutas e verduras 2. beber água 3. evitar ou diminuir refri 4. evitar guloseimas 5. restringir carboidratos 6. aumentar leite 7. não suco e/ou refri nas refeições 8. evitar frituras 9. preferir carnes magras 10. retirar pele do frango 11. não óleo ou azedo na salada 12. apurar com moderação 13. diminuir adocivados</td> <td colspan="2">1. consumir frutas e verduras 2. beber água 3. evitar ou diminuir refri 4. evitar guloseimas 5. restringir carboidratos 6. aumentar leite 7. não suco e/ou refri nas refeições 8. evitar frituras 9. preferir carnes magras 10. retirar pele do frango 11. não óleo ou azedo na salada 12. apurar com moderação 13. diminuir adocivados</td> <td colspan="2">01 (C) (A) (M) 02 (C) (A) (M) 03 (C) (A) (M) 04 (C) (A) (M) 05 (C) (A) (M) 06 (C) (A) (M) 07 (C) (A) (M) 08 (C) (A) (M) 09 (C) (A) (M) 10 (C) (A) (M) 11 (C) (A) (M) 12 (C) (A) (M) 13 (C) (A) (M)</td> <td colspan="2">ADESAO</td> <td colspan="2">METAS</td> </tr> <tr> <td>(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50) (51) (52) (53) (54) (55) (56) (57) (58) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65) (66) (67) (68) (69) (70) (71) (72) (73) (74) (75) (76) (77) (78) (79) (80) (81) (82) (83) (84) (85) (86) (87) (88) (89) (90) (91) (92) (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (100)</td> <td colspan="2">1. horário e local fixo p/ refeição 2. tomar café da manhã 3. 1 hs deacomputador/games 4. não comer fora de hora 5. fazer 3 a 6 refeições por dia 6. mastigar bem e comer devagar 7. envolver família 8. não repulir 9. 1 hs sono durante o dia 10. diminuir tamanho da porção 11. não comer sobremesa</td> <td colspan="2">1. horário e local fixo p/ refeição 2. tomar café da manhã 3. 1 hs deacomputador/games 4. não comer fora de hora 5. fazer 3 a 6 refeições por dia 6. mastigar bem e comer devagar 7. envolver família 8. não repulir 9. 1 hs sono durante o dia 10. diminuir tamanho da porção 11. não comer sobremesa</td> <td colspan="2">01 (C) (A) (M) 02 (C) (A) (M) 03 (C) (A) (M) 04 (C) (A) (M) 05 (C) (A) (M) 06 (C) (A) (M) 07 (C) (A) (M) 08 (C) (A) (M) 09 (C) (A) (M) 10 (C) (A) (M) 11 (C) (A) (M)</td> <td colspan="2">ADESAO</td> <td colspan="2">METAS</td> </tr> </table>										ADESAO		ATIVIDADE FÍSICA		META		ADESAO		METAS		(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50) (51) (52) (53) (54) (55) (56) (57) (58) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65) (66) (67) (68) (69) (70) (71) (72) (73) (74) (75) (76) (77) (78) (79) (80) (81) (82) (83) (84) (85) (86) (87) (88) (89) (90) (91) (92) (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (100)	1. caminhar 2. brincar 3. dançar 4. jogar 5. andar de bicicleta 6. pular corda 7. ajudar nas atividades domésticas 8. ativ. física sistemática 9. subir escadas		1. caminhar 2. brincar 3. dançar 4. jogar 5. andar de bicicleta 6. pular corda 7. ajudar nas atividades domésticas 8. ativ. física sistemática 9. subir escadas		01 (C) (A) (M) 02 (C) (A) (M) 03 (C) (A) (M) 04 (C) (A) (M) 05 (C) (A) (M) 06 (C) (A) (M) 07 (C) (A) (M) 08 (C) (A) (M) 09 (C) (A) (M) 10 (C) (A) (M) 11 (C) (A) (M) 12 (C) (A) (M) 13 (C) (A) (M)		ADESAO		METAS		(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50) (51) (52) (53) (54) (55) (56) (57) (58) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65) (66) (67) (68) (69) (70) (71) (72) (73) (74) (75) (76) (77) (78) (79) (80) (81) (82) (83) (84) (85) (86) (87) (88) (89) (90) (91) (92) (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (100)	1. consumir frutas e verduras 2. beber água 3. evitar ou diminuir refri 4. evitar guloseimas 5. restringir carboidratos 6. aumentar leite 7. não suco e/ou refri nas refeições 8. evitar frituras 9. preferir carnes magras 10. retirar pele do frango 11. não óleo ou azedo na salada 12. apurar com moderação 13. diminuir adocivados		1. consumir frutas e verduras 2. beber água 3. evitar ou diminuir refri 4. evitar guloseimas 5. restringir carboidratos 6. aumentar leite 7. não suco e/ou refri nas refeições 8. evitar frituras 9. preferir carnes magras 10. retirar pele do frango 11. não óleo ou azedo na salada 12. apurar com moderação 13. diminuir adocivados		01 (C) (A) (M) 02 (C) (A) (M) 03 (C) (A) (M) 04 (C) (A) (M) 05 (C) (A) (M) 06 (C) (A) (M) 07 (C) (A) (M) 08 (C) (A) (M) 09 (C) (A) (M) 10 (C) (A) (M) 11 (C) (A) (M) 12 (C) (A) (M) 13 (C) (A) (M)		ADESAO		METAS		(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50) (51) (52) (53) (54) (55) (56) (57) (58) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65) (66) (67) (68) (69) (70) (71) (72) (73) (74) (75) (76) (77) (78) (79) (80) (81) (82) (83) (84) (85) (86) (87) (88) (89) (90) (91) (92) (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (100)	1. horário e local fixo p/ refeição 2. tomar café da manhã 3. 1 hs deacomputador/games 4. não comer fora de hora 5. fazer 3 a 6 refeições por dia 6. mastigar bem e comer devagar 7. envolver família 8. não repulir 9. 1 hs sono durante o dia 10. diminuir tamanho da porção 11. não comer sobremesa		1. horário e local fixo p/ refeição 2. tomar café da manhã 3. 1 hs deacomputador/games 4. não comer fora de hora 5. fazer 3 a 6 refeições por dia 6. mastigar bem e comer devagar 7. envolver família 8. não repulir 9. 1 hs sono durante o dia 10. diminuir tamanho da porção 11. não comer sobremesa		01 (C) (A) (M) 02 (C) (A) (M) 03 (C) (A) (M) 04 (C) (A) (M) 05 (C) (A) (M) 06 (C) (A) (M) 07 (C) (A) (M) 08 (C) (A) (M) 09 (C) (A) (M) 10 (C) (A) (M) 11 (C) (A) (M)		ADESAO		METAS																		
ADESAO		ATIVIDADE FÍSICA		META		ADESAO		METAS																																																													
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50) (51) (52) (53) (54) (55) (56) (57) (58) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65) (66) (67) (68) (69) (70) (71) (72) (73) (74) (75) (76) (77) (78) (79) (80) (81) (82) (83) (84) (85) (86) (87) (88) (89) (90) (91) (92) (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (100)	1. caminhar 2. brincar 3. dançar 4. jogar 5. andar de bicicleta 6. pular corda 7. ajudar nas atividades domésticas 8. ativ. física sistemática 9. subir escadas		1. caminhar 2. brincar 3. dançar 4. jogar 5. andar de bicicleta 6. pular corda 7. ajudar nas atividades domésticas 8. ativ. física sistemática 9. subir escadas		01 (C) (A) (M) 02 (C) (A) (M) 03 (C) (A) (M) 04 (C) (A) (M) 05 (C) (A) (M) 06 (C) (A) (M) 07 (C) (A) (M) 08 (C) (A) (M) 09 (C) (A) (M) 10 (C) (A) (M) 11 (C) (A) (M) 12 (C) (A) (M) 13 (C) (A) (M)		ADESAO		METAS																																																												
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50) (51) (52) (53) (54) (55) (56) (57) (58) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65) (66) (67) (68) (69) (70) (71) (72) (73) (74) (75) (76) (77) (78) (79) (80) (81) (82) (83) (84) (85) (86) (87) (88) (89) (90) (91) (92) (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (100)	1. consumir frutas e verduras 2. beber água 3. evitar ou diminuir refri 4. evitar guloseimas 5. restringir carboidratos 6. aumentar leite 7. não suco e/ou refri nas refeições 8. evitar frituras 9. preferir carnes magras 10. retirar pele do frango 11. não óleo ou azedo na salada 12. apurar com moderação 13. diminuir adocivados		1. consumir frutas e verduras 2. beber água 3. evitar ou diminuir refri 4. evitar guloseimas 5. restringir carboidratos 6. aumentar leite 7. não suco e/ou refri nas refeições 8. evitar frituras 9. preferir carnes magras 10. retirar pele do frango 11. não óleo ou azedo na salada 12. apurar com moderação 13. diminuir adocivados		01 (C) (A) (M) 02 (C) (A) (M) 03 (C) (A) (M) 04 (C) (A) (M) 05 (C) (A) (M) 06 (C) (A) (M) 07 (C) (A) (M) 08 (C) (A) (M) 09 (C) (A) (M) 10 (C) (A) (M) 11 (C) (A) (M) 12 (C) (A) (M) 13 (C) (A) (M)		ADESAO		METAS																																																												
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50) (51) (52) (53) (54) (55) (56) (57) (58) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65) (66) (67) (68) (69) (70) (71) (72) (73) (74) (75) (76) (77) (78) (79) (80) (81) (82) (83) (84) (85) (86) (87) (88) (89) (90) (91) (92) (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (100)	1. horário e local fixo p/ refeição 2. tomar café da manhã 3. 1 hs deacomputador/games 4. não comer fora de hora 5. fazer 3 a 6 refeições por dia 6. mastigar bem e comer devagar 7. envolver família 8. não repulir 9. 1 hs sono durante o dia 10. diminuir tamanho da porção 11. não comer sobremesa		1. horário e local fixo p/ refeição 2. tomar café da manhã 3. 1 hs deacomputador/games 4. não comer fora de hora 5. fazer 3 a 6 refeições por dia 6. mastigar bem e comer devagar 7. envolver família 8. não repulir 9. 1 hs sono durante o dia 10. diminuir tamanho da porção 11. não comer sobremesa		01 (C) (A) (M) 02 (C) (A) (M) 03 (C) (A) (M) 04 (C) (A) (M) 05 (C) (A) (M) 06 (C) (A) (M) 07 (C) (A) (M) 08 (C) (A) (M) 09 (C) (A) (M) 10 (C) (A) (M) 11 (C) (A) (M)		ADESAO		METAS																																																												
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="10">OBSERVAÇÕES</td> </tr> <tr> <td colspan="10"> <p>Quem atendeu: _____</p> </td> </tr> </table>										OBSERVAÇÕES										<p>Quem atendeu: _____</p>																																																	
OBSERVAÇÕES																																																																					
<p>Quem atendeu: _____</p>																																																																					

ANEXO 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estamos convidando os pacientes a participar de um estudo que será realizado no Ambulatório de Obesidade Infantil do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. O objetivo deste estudo é avaliar a evolução clínica dos pacientes atendidos nesse ambulatório, visando identificar as medidas que são mais efetivas no controle da obesidade em crianças e adolescentes. Para a realização deste estudo, vamos comparar os dados e os exames da rotina de atendimento aos pacientes, conforme descrito a seguir:

- a) consultas no ambulatório:
 - o história e evolução, hábitos alimentares e de atividade física;
 - o peso, altura, pressão arterial, cintura, pregas do braço;
- b) resultados de exames de sangue, a cada 6 meses
- c) resultados de ecografia abdominal, a cada 6 meses.

Todos estes procedimentos da consulta e de exames já fazem parte da assistência usual aos pacientes do Ambulatório de Obesidade infantil do HCPA. Portanto, a participação neste estudo consiste, apenas, em autorizar o uso dos registros assistenciais e não modifica em nada o atendimento que os pacientes recebem no Ambulatório de Obesidade Infantil do HCPA. Estou ciente de que posso, a qualquer momento, retirar a minha permissão para a utilização no estudo das informações coletadas durante a rotina de atendimento aos pacientes do Ambulatório de Obesidade Infantil, sem que isto acarrete qualquer prejuízo à assistência.

Os profissionais envolvidos nesse projeto de pesquisa comprometem-se que seu nome não aparecerá ao serem apresentados os resultados do estudo.

Após ter sido devidamente informado da finalidade do estudo, da ausência de modificação da assistência aos pacientes pela sua participação e de que o estudo implica somente na autorização para a utilização de registros das rotinas assistenciais do Ambulatório de Obesidade Infantil do HCPA, concordo em participar deste estudo.

Paciente:

Tendo sido devidamente esclarecido quanto aos objetivos, procedimentos e da independência entre o presente estudo e a assistência aos pacientes, consinto com a utilização dos dados das consultas e de exames do paciente pelo qual sou responsável, neste estudo do Ambulatório de Obesidade Infantil do HCPA.

Responsável:

Em caso de dúvidas, a pesquisadora responsável por este estudo é a Dr^a Elza Mello; fone: (51) 2101-8199

Data: ___/___/___

G P P G - Recebido

21 SET. 2007

Por Jarlos nº 07258

Prof. Elza Mello
CRM 19836

CRM 19836

08 10 107

07258

ANEXO 3 – Termo de Compromisso para Utilização de Dados



Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

Termo de Compromisso para Utilização de Dados Institucionais

Título do Projeto

	Cadastro no GPPG
Mudanças no estilo de vida e desistências após a primeira consulta em um ambulatório de obesidade infantojuvenil	07-258

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar as informações institucionais que serão coletadas em bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas em atividades acadêmicas e científicas, no contexto do projeto de pesquisa aprovado.

Porto Alegre, 12 de novembro de 2014.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Elza Daniel de Mello	<i>Elza Daniel de Mello</i>
Mariur Gomes Beghetto	<i>Mariur Gomes Beghetto</i>
Andréia Martins Specht	<i>Andréia Specht</i>

ANEXO 4 – Declaração de Ausência de Conflito de Interesse

Porto Alegre, 26 de novembro de 2014.

Ilma Profa Dra Maria da Graça Motta
Coordenadora do PPG Enfermagem da UFRGS

Prezada Profa Maria da Graça

Venho por meio desta, esclarecer que o projeto original (*"Evolução clínica e metabólica de crianças e adolescentes com excesso de peso submetidos a um programa ambulatorial baseado na mudança do estilo de vida"*) tem a mim como principal pesquisadora. No entanto, informo que não houve minha participação em nenhuma etapa do subprojeto no qual foi embasado a dissertação de mestrado da enfermeira Andréia Specht (*"Mudanças no estilo de vida e desistências após a primeira consulta em um ambulatório de obesidade infantojuvenil"*). O subprojeto em questão trata-se de um objetivo específico deste projeto original, para o qual a orientadora da enfermeira recebeu auxílio ARD/FAPERGS para sua execução. Sendo assim, declaro ausência de conflito de interesse ao ter participado como membro da banca examinadora da dissertação de mestrado intitulada da referida enfermeira.

À disposição para esclarecimentos necessários,



Elza Daniel de Mello

ANEXO 5 – Carta de Aprovação COMPESQ

Dados do Projeto de Pesquisa

Projeto Nº: 17563

Título: Evolução clínica e metabólica de crianças e adolescentes com excesso de peso submetidos a um programa ambulatorial baseado na mudança do estilo de vida

Área do Conhecimento: Saúde Pública

Início: 30/04/2010

Previsão de conclusão: 01/09/2011

Término: 31/12/2011

Situação: projeto concluído

Origem: Escola de Enfermagem
Departamento de Assistência e Orientação Profissional
Projeto da linha de pesquisa Obesidade infantil

Local de Realização: Hospitais

Projeto envolve aspectos éticos da categoria: Projeto Em Seres Humanos

Objetivo: Avaliar a evolução clínica e metabólica de crianças e adolescentes com excesso de peso, submetidos a um programa ambulatorial de incentivo à adoção de estilo de vida saudável.

Palavras-Chave

Obesidade Infanto-juvenil

Equipe UFRGS

Nome: Elza Daniel De Mello

Participação: Coordenador

Início: 30/04/2010 **Término:** 31/12/2011

Nome: Claudia Hallal Alves Gazal

Participação: Pesquisador

Início: 30/04/2010 **Término:** 31/12/2011

Nome: Mariur Gomes Beghetto

Participação: Coordenador

Início: 30/04/2010 **Término:** 31/12/2011

Nome: Carla Rosane De Moraes Silveira

Participação: Pesquisador

Início: 30/04/2010 **Término:** 31/12/2011

Apoio Externo

Instituição: FAPERGS - Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do RS

ANEXO 6 – Carta de Aprovação CEP-HCPA

HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO RELATÓRIO DE PESQUISA

Origem: SERVIÇO DE NUTROLOGIA
Realização: SERVIÇO DE NUTROLOGIA
Participante(s): CARLA ROSANE DE MORAES SILVEIRA CLAUDIA MALLAL ALVES GAZM MARIUR GOMES BEGHETTO
 ELZA DANIEL DE MELLO FERNANDA MIRALDA MARCIA ALONSO MOTA GUARTE
 RITA DE SARRIA DELGADO VALADAZ

Projeto: 07-25B **Situação:** APROVADO
Título: EVOLUÇÃO CLÍNICA E METABÓLICA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES OBESOS SUBMETIDOS A UM PROGRAMA AMBULATORIAL BASEADO NA MUDANÇA DO HÁBITO ALIMENTAR E ATIVIDADE FÍSICA

Último Relatório: 11/06/2013

Tema Livre Nacional: 4	Tema Livre Internacional: 0	Artigo Periódico Nacional: 1
Tese Doutorado: 0	Dissertação Mestrado: 0	Artigo Periódico Internacional: 0
Capítulo Livro: 0	Livro: 0	Video/Filme: 0

1. SITUAÇÃO ATUAL DO PROJETO:

Não iniciado:
 Cancelado Data:
 Em Execução: Data Início: 15/06/2007
 Data Término: 15/12/2013
 Interrompido Data:
 Encerrado Data:

Prorrogar Data de Término para: 15/12/2015

Justificativa da Prorrogação da Data de Término: Este é um projeto contínuo para avaliação dos pacientes atendidos no ambulatório.

2. Nº DE PESSOAS PESQUISADAS:

Pessoas Previstas HCPA: 90
 Pessoas Incluídas no HCPA: 10
 Pessoas no Brasil: 90

3. Nº DE PARTICIPANTES EXCLUÍDOS: 00

4. EVENTOS ADVERSOS GRAVES (SAE):

no HCPA: Em outros centros:

CONSULTORIAS GPPG (Nº): 00

5. RECURSOS FINANCEIROS NECESSÁRIOS:

Ainda não disponíveis
 já disponíveis
~~Indisponíveis~~

Observações: Solicitamos reabertura do projeto para responder a objetivos
 já não respondidos.

Informar dados gerais do Projeto

Confirmar término do Projeto

Conferir e atualizar os dados

Obs.: DEVOLVER ESTA MESMA FOLHA

Assinatura do Pesquisador

13636