

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA - DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

STEPHANIE MARQUES BOLDRINI

**EXCESSO DE PESO E SUA RELAÇÃO COM AS CARACTERÍSTICAS
PSICOSSOCIAIS DE CRIANÇAS INSTITUCIONALIZADAS E O USO DE
MEDICAMENTOS PSICOÁTIVOS: UM DESAFIO PARA O NUTRICIONISTA.**

Porto Alegre

2015

STEPHANIE MARQUES BOLDRINI

**EXCESSO DE PESO E SUA RELAÇÃO COM AS CARACTERÍSTICAS
PSICOSSOCIAIS DE CRIANÇAS INSTITUCIONALIZADAS E O USO DE
MEDICAMENTOS PSICOÁTIVOS: UM DESAFIO PARA O NUTRICIONISTA.**

Projeto de pesquisa apresentado ao curso de Especialização em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Orientadora: Professora Doutora Maurem Ramos

Porto Alegre

2015

Dedico este trabalho aos meus pais, meus sogros, minhas irmãs e meu marido pelo amor e pelo apoio que dedicaram a mim, cuidando da minha filha para eu conseguir realizar este curso.

RESUMO

O excesso de peso pode estar relacionado com diversas vertentes, este trabalho dá ênfase às crianças institucionalizadas, as características psicossociais que apresentam e também ao uso de medicamentos psicoativos muitas vezes utilizados indiscriminadamente. Objetivo do trabalho é relacionar estes fatores com o excesso de peso e propor um desafio para o nutricionista. Para isto será feita uma revisão bibliográfica dos assuntos citados e correlacioná-los com o aumento de peso. Nos resultados podemos perceber que a obesidade é oriunda de diversos fatores e o reconhecimento da atuação do nutricionista é fundamental. Com isso concluímos que as características psicossociais e o consumo de medicamentos psicoativos podem ter relação com obesidade, o desafio da nutricionista é encontrar seu espaço de trabalho e formar uma equipe interdisciplinar objetivando o bem estar do indivíduo.

Palavras-chave: Assistência Social. Adaptação psicológica. Antipsicóticos. Obesidade e institucionalização.

Lista de Abreviaturas e Siglas

ADT – Antidepressivo Tricíclicos

ADT – Antidepressivos Tricíclicos

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especial Assistência Social

DFH – Desenvolvimento da Figura Humana

ECA – Estatuto da Criança e Adolescentes

ETPC – Escala de traços de personalidades para crianças

FEBEM – Fundação estadual para o bem estar do Menor

IMC – Índice de Massa Corporal

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

PNAS - Política Nacional de Assistência Social

PNAS – Política Nacional de Assistência Social

POP’S – Procedimento Operacional Padrão

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

UAN – Unidades de Alimentação e Nutrição

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 JUSTIFICATIVA	11
3 OBJETIVOS	12
3.1 Objetivo geral	12
3.2 Objetivos específicos	12
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	13
5 REVISÃO DE LITERATURA	14
5.1 Assistência Social no Brasil	14
5.2 Rede socioassistencial	16
5.3 Razões para a institucionalização de crianças e adolescentes	17
5.4 Características psicossociais das crianças e adolescentes institucionalizados.....	18
5.5 Sobrepeso e obesidade em crianças e adolescente	19
5.6 Relação de medicamentos psicoativos com aumento de peso	20
5.7 Nutricionista na Assistência Social	21
6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	23
CONCLUSÃO	27
REFERÊNCIAS	30
ANEXO	34

1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Assistência Social define assistência como um direito à proteção social e seu objetivo é a consolidação dos direitos sociais a todos que dela necessitam. A proteção social de assistência social é hierarquizada em básica e especial, e esta última ainda se subdivide em média e alta complexidade (BRASIL, NOB/SUAS, 2005).

Entre os serviços prestados pela alta complexidade, estão os serviços de acolhimento institucional, que são de caráter provisório e acontecem em diferentes tipos de equipamentos, dependendo de suas características particulares; são destinados a famílias e/ou indivíduos com vínculos familiares e comunitários rompidos ou fragilizados, a fim de garantir proteção integral 24h por dia (BRASIL, NOB/SUAS, 2005).

Os motivos que levam crianças e adolescente a serem retirados do seu convívio familiar e alocados em casas nas quais o poder público é responsável por elas são muitos. Nos resultados de sua pesquisa, Cristhiane de Araújo Torres (TORRES, Cristhiane. *et. Al*, 2008, p.282-289) afirma que os motivos para a transferência de crianças e adolescente para abrigos de longa permanência mais comuns são a violência doméstica e/ou maus tratos; mendicância; negligência dos pais; pais falecidos; pais envolvidos com drogas; pais em regime de prisão; abandono do lar pelas crianças; e abuso sexual em crianças e adolescentes.

Os adolescentes que sofreram violência intrafamiliar descrevem que a configuração de família é composta por pessoas pelas quais nutrem sentimentos afetivos, sem haver necessariamente ligação genética ou laços sanguíneos. A maioria das crianças e adolescentes que estão em abrigos sofreu algum tipo de violência familiar, isto deve ser visto de modo complexo que envolve todos os integrantes do núcleo familiar e que não se restringe a um indivíduo ou uma relação específica (Cf. ANTONI; KOLLER, 2000).

Um dos riscos que acomete as crianças institucionalizadas seria a alteração do seu estado nutricional, levando-as à obesidade infantil, a qual vem crescendo na sociedade devido a diversos fatores, como hábito alimentar inadequado, genética, fatores sociais, étnicos, etc, trazendo uma série de complicações como diabetes, hipertensão, colesterol elevado e uma conseqüente inatividade física (Cf. LIMA,

2007). Essa situação de obesidade pode ser agravada pela institucionalização da criança.

A consequência da obesidade vai além dos problemas de saúde, articula-se também com os problemas psicossociais relacionados ao comprometimento da autonomia, à restrição do espaço social e às possibilidades de identificações que propiciam o adoecimento das crianças (TASSARA, Valéria., 2010, p.309-314).

As características psicossociais como a passividade, a ansiedade e o ato de comer excessivo em crianças e adolescentes institucionalizados podem estar ligadas aos sofrimentos vividos pelas mães, como abuso sexual, gravidez antes do casamento e o abandono. Esses fatos produzem sentimentos de insegurança, medo, vergonha e fracasso, gerando uma relação interligada com os filhos, podendo desenvolver as características psicológicas descritas acima, bem como a postura de “comer mais”, resultado desses conflitos familiares. Com isso, estas crianças e adolescentes em vulnerabilidade social têm mais um motivo para contribuírem para os panoramas atuais que já apresentam um aumento no número de sobrepesos e obesos (TASSARA, Valéria., 2010, p.309-314).

Para as crianças institucionalizadas, é fundamental a atuação interdisciplinar apoiada na perspectiva sistêmica como um caminho para melhoria dos casos de obesidades nestas unidades, entendendo que a criança representa a parte de um todo, não configurando um elemento isolado do grupo. O trabalho não se reduz a cuidar da mudança de hábitos alimentares, pois pretende acolhê-las com um olhar que enxerga além da sua gordura e peso. Isso implica respeitar suas histórias familiares, seus sofrimentos, suas alegrias, seus saberes e suas curiosidades (TASSARA, Valéria., 2010, p.309-314).

Por outro lado, sabe-se que os medicamentos de relação neurológica e psiquiátrica podem alterar o estado nutricional do indivíduo. Helicínia Giordana Espíndola Peixoto et. al. (2008, p.341-348) sugerem em seu estudo de curto prazo com os ADT (Antidepressivos Tricíclicos) que há ganho de peso como efeito colateral desse medicamento. Também em uma clínica psiquiátrica verificou-se que o uso crônico de antidepressivos tricíclicos indica um possível envolvimento desse tratamento com o aumento de peso (DA COSTA, Carmen AN; CALETTI, Greice; GOMEZ, Rosane).

Helicínia Giordana Espíndola Peixoto (2006) atentam para a importância de haver um acompanhamento nutricional dos pacientes portadores de transtornos

depressivos, objetivando minimizar o ganho de peso associado a esses medicamentos e, com isso melhorar a adesão do paciente depressivo ao tratamento. Isso acontece porque Helicínia Giordana Espíndola Peixoto viu, por meio de seu estudo, que a maioria dos pacientes com transtorno depressivo possui excesso de peso, o que pode ser devido aos efeitos colaterais da medicação utilizada.

O trabalho de Martha de Abreu Guerra Belmonte et al. (2003, p 97) é consistente ao apontar uma associação entre exposição a medicamentos e ganho de peso, chegando à diferença de 1kg a cada dois meses de uso de neurolépticos. Os autores sugerem que isso deve ser pensado quando ocorre a necessidade de uso de medicação psicoativa em crianças e adolescentes, inclusive em relação à situação nutricional dos usuários destes medicamentos.

Devido à história de abandono familiar e conseqüente prejuízo sobre a estrutura emocional, observou-se um aumento maior de peso e IMC (índice de massa corporal) em abrigados expostos a tratamentos prolongados com drogas psicoativas, especialmente os neurolépticos. Como uma estratégia preventiva, Martha de Abreu Guerra Belmonte et al. (2003, p.97) propuseram um acompanhamento sistemático destas crianças, uma vez que apresentam maior risco de peso do que as não expostas às drogas psicoativas.

2 JUSTIFICATIVA

Visto que as características psicossociais de crianças institucionalizadas podem ter relação com o aumento de peso, bem como o uso de medicamentos psicoativos também pode interferir causando o excesso de peso, justifica-se realizar esta pesquisa para pontuar a atuação do nutricionista com estas variáveis.

OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral: revisar na literatura a relação sobrepeso/obesidade em crianças institucionalizadas com as suas características psicossociais e o uso de medicamentos psicoativos, analisando a posição do nutricionista frente a este quadro.

2.2 Objetivos específicos:

- a) descrever as características psicossociais de crianças institucionalizadas;
- b) descrever a relação dos medicamentos psicoativos com aumento de peso;
- c) compreender os motivos que levam as crianças institucionalizadas a apresentar sobrepeso/obesidade;
- d) identificar os desafios e propor resoluções para o nutricionista.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este trabalho foi desenvolvido por meio de uma pesquisa bibliográfica que, segundo Antônio Carlos Gil (2008, p.50), “é desenvolvida a partir do material já elaborado, constituído de livros e artigos científicos”. As bases de dados utilizadas foram estas: livros, dados do Scielo, Medline, PubMed, Google acadêmico e Lilacs.

Como critério de inclusão, utilizamos as bibliografias que abordassem sobrepeso\obesidade infantil, SUAS, medicamentos psicoativos e características psicossociais. Foram excluídos aqueles que não atendem estas temáticas. As palavras-chave utilizadas foram estas: assistência Social, adaptação psicológica, medicamentos psicoativos, obesidade e institucionalização.

A coleta de dados seguiu a seguinte premissa: leitura atenta de todo material selecionado, leitura seletiva e registro das informações extraídas das fontes em instrumento específico (autores, ano, método, resultado e conclusão).

Foram coletados os artigos que relataram sobre crianças institucionalizadas, sobrepeso e obesidade e sua relação com as características psicossociais destas crianças e o uso de medicamentos; também foram selecionados os artigos que trataram do tema Assistência Social e das atribuições do nutricionista.

A análise e a interpretação dos resultados ocorreu com uma leitura analítica com finalidade de ordenar e resumir as informações contidas na fonte, de forma que possibilitassem a obtenção das respostas ao problema de pesquisa.

A discussão dos resultados emergiu da etapa anterior e foram analisadas e discutidas a partir do referencial teórico relativo à temática do estudo.

4 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Assistência Social no Brasil

Antigamente, a assistência social não era vista como um direito do cidadão, e sim apenas como um ato de bondade, que era ditada por valores e interesses de seus governantes, denominado assistencialismo, sendo, o uso distorcido e perverso da assistência (PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira, 2007 p. 63-83).

Por isso, a assistência passou a ser inscrita como política pública, na qualidade de um direito fundamental e social só com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. No entanto, esta foi implementada de forma fragmentada e centralizada em sua grande maioria, não atingindo parte da sociedade e reproduzindo a situação já existente (Cf. PAGANINI; VIEIRA, 2014).

A necessidade de superar o arcaico quadro da política de favor e de clientelismo que tanto caracterizou o Brasil no seu passado fez com que fossem construídos novos preceitos e formas organizativas a fim de sanar estas carências que vinha da população e ficava à mercê dos governantes. O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) foi gerado por meio de uma parceria entre o Governo Federal e o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), sendo uma política pública para extinguir a cultura de ações de favoritismo e caridade, e, assim, elucidar este contexto (PAGANINI; VIEIRA, 2014).

Na Lei Orgânica da Assistência Social criada em 1993, o artigo 1º descreve assistência social como um direito do cidadão e como um dever do Estado; é a Política de Seguridade Social não contributiva que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto de ações de iniciativa pública e da sociedade para garantir o atendimento às necessidades básicas (BRASIL LOAS, 1993).

A assistência social constitui uma das políticas inseridas no âmbito da seguridade social conforme disposto no art. 194 da Constituição Federal e estando disciplinada pelos artigos 203 e 204 da Carta Magna (BRASIL LOAS, 1993).

Estes mesmos autores relatam que em 2004 foi criada a Política Nacional da Assistência Social (PNAS), para prevalecer os princípios da Constituição Federal de

1988 e as diretrizes da Lei Orgânica de Assistência Social, com o propósito de enraizar o SUAS em todo o Brasil, utilizando como ferramenta a Norma Operacional Básica, e a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (PAGANINI; VIEIRA, 2014).

5.2 Rede socioassistencial

A rede de serviços socioassistenciais é organizada de acordo com o Sistema único de Assistência Social (SUAS) através da Proteção Social Básica e Proteção Social especial - Média e alta complexidade (BRASIL LOAS, 1993).

A proteção básica é representada pelo Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), uma unidade pública descentralizada que atua como principal acesso ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e que tem como objetivo prevenir situações de riscos por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários (BRASIL LOAS, 1993).

A rede social especial é dividida em média complexidade e alta complexidade. A média complexidade é dividida em dois eixos: CREAS – espaço público que desenvolve ações de proteção às famílias e indivíduos que se encontram em situação de violação de direitos, o atendimento pode ser feito tanto nas próprias instalações físicas dos CREAS quanto por meio de deslocamento das equipes em territórios e domicílios; e Centro Pop – oferta, além de serviços de higiene pessoal e oficinas, acompanhamento realizado por equipe multidisciplinar com intuito de propiciar encaminhamento às demandas pessoais assim como ações que oportunizem a construção e novos projetos de vida e o Centro Dia Idoso – que oferece atendimento especializado com equipe multidisciplinar e espaço de convivência para pessoas idosas em situação de risco e/ou violação de direitos (BRASIL LOAS, 1993).

Já a alta complexidade contempla estes itens: Albergues – atendimento noturno que oferta pernoite, alimentação e cuidados de higiene; Acolhimento Institucional para Criança e Adolescente – atendimento a crianças e adolescentes

sob medida de proteção pessoal e social; Serviço de Acolhimento Institucional para adultos – para pessoas adultas em situação de vulnerabilidade social; Serviço Institucional para famílias – para famílias em situação de vulnerabilidade social; Serviço de Acolhimento Institucional para Pessoas com Deficiência – para crianças e adolescentes neurolesionados e idosos com deficiência visual e situação de vulnerabilidade social; Casa Lar para Idoso – serviço de pequeno porte destinado a idosos independentes afastados do convívio familiar e em situação de rua; Instituição de Longa Permanência – oferece acolhimento permanente, destinado a idosos com vínculos familiares fragilizados ou rompidos, por situação de abandono e com renda insuficiente para sua sobrevivência o Núcleo de Acolhimento - responsável pela gestão das vagas na rede de serviços da alta complexidade da cidade. Todos esses espaços têm por objetivo prover atenções socioassistenciais à família e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por decorrência de abandono, maus tratos físicos e/ou psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras (BRASIL NOB, 2005).

As legislações norteadoras do funcionamento das instituições que atendem crianças e adolescentes afastados do convívio de seus familiares são o Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990) e a Lei nº12.010, conhecida como lei da adoção (Brasil, 2009), na qual a institucionalização é uma medida de proteção de caráter provisório e excepcional, utilizada sempre que os direitos da crianças e dos adolescentes são ameaçados ou violados. Seus casos deverão ser reavaliados com no máximo seis meses, devendo a autoridade competente decidir de forma fundamentada pela possibilidade de reintegração da família ou colocação em família substituta.

Estes lugares de acolhimento institucional devem ser referências de cuidado, afeto, conforto e segurança para estas crianças e adolescentes crescerem e se desenvolverem integralmente, pois, conforme Lorena Emilia Zortéa, Carla Meira Kreutz; Rejane Lúcia Veiga Oliveira Johann (2008), a família é constituída destes referenciais, não necessitando da presença de pais, e sim do tipo de atenção e cuidados oferecidos.

Podemos entender, então, que para rotular uma família, não se necessita de laços de sangue ou da moradia compartilhada na mesma casa; necessita-se, apenas, de atenção e de afeto. Lorena Emilia Zortéa, Carla Meira Kreutz; Rejane

Lúcia Veiga Oliveira Johann (2008, p.405-416) concordam com isso ao dizer que não importa o contexto – independentemente se for no âmbito familiar, institucional ou escolar –, pode haver duas vertentes, risco ou proteção. Isso dependerá do ambiente proporcionar a qualidade das relações e a afetividade. Neste estudo também foi identificada conexão positiva, POIS houve a possibilidade de processos de resiliência favorecendo para melhoria da qualidade de vida, da saúde e Da adaptação das crianças nestas instituições.

Freitas (2010), ao descrever o modo de vida das crianças institucionalizadas, percebe que de modo geral elas têm um bom relacionamento sócio-afetivo umas com as outras, constituindo uma importante rede de apoio social, pois se identificam com suas histórias de vida. Contudo, essa convivência diária também pode provocar situações de conflito e estresse, comuns a qualquer relação interpessoal. Mesmo assim, conforme o estudo, as crianças estimam ter poucos amigos verdadeiros na instituição.

Para esta conexão positiva ocorrer, o trabalho dos educadores é visto como ponto chave para a criança se enxergar hábil, autônoma e com possibilidades de uma adequada interação social, portanto, a instituição deve estar atenta aos diversos aspectos do desenvolvimento infantil que contribuirá para minimizar os efeitos negativos de situações adversas relacionadas à falta parental (Cf. ZORTÉA, *et al*, 2008).

5.3 Razões para a institucionalização de crianças e adolescentes

As crianças são encaminhadas às instituições por não receberem os cuidados adequados no meio familiar. A chegada aos abrigos de crianças desnutridas, doentes, com marcas físicas e emocionais dos maus-tratos sofridos na família revela situações de negligência e abandono por parte dos pais e/ou responsáveis, podendo constatar que nasceram e estão crescendo em condições muito adversas e pouco saudáveis (Cavalcante, Lília Iêda Chaves, Celina Maria Colino Magalhães, and Fernando Augusto Ramos Pontes, 2009, p.615-625).

Confirmando isso, Cristhiane Torres (TORRES, *et. al*, 2008, p.282-289) verificaram em seu estudo que das crianças pesquisadas, 64% apresentavam lesões dérmicas, palidez era maior alteração, e higiene bucal foi considerada como precária em 52% das crianças. As razões para institucionalização são estas: 28% advinda da mendicância, 20% abandono dos pais, 20% maus tratos e 20% negligência, percebendo-se que em alguns casos havia mais de um motivo concomitante.

Já em outro estudo foram apontados problemas envolvendo os transtornos mentais da mãe, o uso abusivo do álcool por esta e a agressão como principais fatores associados para institucionalização na perspectiva das crianças (Cf. GABATZ, *et. al.*, 2010).

Percebemos que muitos são os motivos que conduzem à decisão judicial de institucionalização para atender a situações peculiares ou suprir a falta eventual dos pais ou responsável de acordo com o Estatuto da Criança e Adolescente (Brasil, 1990), sempre pensando no melhor para a criança e adolescente.

5.4 Características psicossociais das crianças e adolescentes institucionalizados

Para contextualizar as características das crianças que são institucionalizadas, precisa-se saber que as famílias destas crianças e adolescentes são numerosas, com uma média de quatro irmãos, sendo que a maioria possui irmão no mesmo acolhimento institucional. Os pais possuem baixa escolaridade, sua inserção em atividades informais, ou ainda, desemprego e os pais não vivem mais juntos (SIQUEIRA; AGLIO, 2010, p.407-415).

Uma característica relevante é que a partir dos cinco anos de idade já foi apontado a experimentação de álcool pela maioria dos participantes do estudo de Siqueira (2010, p.407-415), seguido de cigarro e das drogas ilícitas. As crianças também apresentaram baixo desempenho escolar, levando a um alto nível de repetência.

No estudo dos Benedito Carlos Alves dos Santos (SANTOS, *et. al*, 2010), no qual foi aplicado o teste do desenvolvimento da figura humana (DFH) e a escala de traços de personalidades para crianças (ETPC) em crianças institucionalizadas e

não institucionalizadas, comparando estes dois grupos, os resultados apontaram que o grupo de crianças institucionalizadas apresenta extrema insegurança, timidez, retraimento e depressão três vezes maior que o outro grupo, como também imaturidade, impulsividade e conduta atuadora em 13,9% das crianças institucionalizadas. Além disto, os resultados indicaram também ansiedade e preocupação com o corpo, representando um pedido de ajuda por parte destas crianças, incapazes de expressar com palavras suas ansiedades e dúvidas. Outro dado indica crianças muito ansiosas e autoagressivas, refletindo sentimentos de inadequação e culpa. Está confirmado, portanto, que as crianças institucionalizadas apresentam mais problemas emocionais do que as não institucionalizadas (Cf. SANTOS, *et. al*, 2010).

Lorena Emilia Zortéa, Carla Meira Kreutz e Rejane Lúcia Veiga Oliveira Johann (2008) no seu estudo investigaram, também, a imagem corporal em crianças institucionalizadas e em crianças não institucionalizadas, evidenciando que mesmo as crianças que possuem pai e mãe vivendo juntos podem ter dificuldades em suas relações socioafetivas e na construção de sua imagem corporal, não detectando diferenças significativas entre os dois grupos estudados.

Cristhiane Torre (2008, p.282-289) aponta que a fragilidade das crianças ao chegarem ao abrigo foi reconhecida pelo falta do auto reconhecimento, mostrando-se alheios às mudanças corporais e à noção de identidade, podendo isso repercutir em sua formação de personalidade.

Está confirmado, então, que as crianças institucionalizadas apresentam mais problemas emocionais do que as não institucionalizadas. Em síntese, as crianças institucionalizadas podem apresentar maior agressividade, sentimento de hostilidade e de inadequação, falta de contato social, ansiedade, timidez, tristeza, impulsividade, instabilidade emocional, imaturidade e dependência ao se sentirem incapazes de expressar com palavras suas ansiedades e dúvidas. Relembrando que este público tem, em geral, um histórico de experiência familiar associada à rejeição, abandono, negligência e vitimização (Cf. SANTOS, *et. al*, 2010). Essas características podem desencadear sobrepeso e obesidade como modo de fuga como já visto neste texto.

5.5 Sobrepeso e obesidade em crianças e adolescente

A obesidade vem aumentando de forma alarmante, podendo ser considerada uma das epidemias mundiais; ela atinge todas faixas etárias, especialmente as crianças (Cf. WHO, 1997). A obesidade causa impacto negativo na qualidade de vida das crianças, as quais, muitas vezes, sofrem discriminação e estigmatização social, prejudicando seu funcionamento físico e psíquico (Cf. CHIORLIN, *et. al*, 2007,p.53-67).

Em sua tese Marta Guerra Abreu (2003, p.97) verificou, através das avaliações nutricionais que ocorriam de forma sistemáticas ao longo de vários anos na instituição da Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor (FEBEM), que meninas adolescente, após algumas semanas ou meses de ingresso, passavam a apresentar peso acima da média para sua altura e idade ou sobrepeso. Neste contexto psicossocial do ambiente de institucionalização, facilitou o uso do alimento como uma “válvula de escape” para as privações sofridas. Tal aumento no peso também poderia ser atribuído à maior ingestão alimentar provocada pelo aumento da oferta de alimento.

Poucos são os estudos que avaliam o estado nutricional em crianças e adolescentes institucionalizados. Ana Garcia; et al. (2013) em seu estudo comparou as crianças institucionalizadas e não institucionalizadas e verificou que os institucionalizados apresentam um maior consumo de energia, lipídios saturados, hidratos de carbono totais e fibra em relação aos não institucionalizados. Apesar desses resultados, as crianças institucionalizadas apresentaram uma menor percentagem de excesso de peso e obesidade. Tal fato pode dever-se ao maior consumo de fibra, à rotina relativa às refeições (horário e número de refeições) na instituição e a uma possível maior atividade física. (GARCIA, A.; et al., 2013).

5.6 Relação de medicamentos psicoativos com aumento de peso.

O ganho de peso é um efeito colateral comum a muitas medicações, incluindo a maior parte dos agentes psicoativos; entre eles, destacam-se os antidepressivos, bem como os estabilizantes do humor e anticonvulsivantes. Em seu estudo, Carmem Lúcia Leitão Azevedo; et. al. (2006, p.120-128) evidenciaram que os problemas de sobrepeso e obesidade afetam tanto pacientes que utilizam clozapina quanto aqueles que utilizam os demais psicoativos.

As alterações no peso corporal em pacientes tratados com antidepressivos são multifatoriais, podendo estar relacionados à melhora da doença, aos efeitos colaterais da droga ou induzidas pela própria sintomatologia da doença. O uso de antidepressivos tricíclicos (ADT) demonstrou ganho de peso durante o tratamento agudo, mas no tratamento de manutenção, o ganho de peso está mais associado à melhora do apetite (Cf. PEIXOTO, *et. al*, 2008, p.341-348).

Em seu estudo Martha Guerra Abreu (2003) utilizou meninas adolescentes institucionalizadas da Fundação Estadual do Bem Estar do Menor (FEBEM) e dividiu-as em dois grupos: as que utilizavam medicamentos psicoativos, e as que não faziam uso destes medicamentos controlados e com prescrição permanente. O ganho de peso foi mais acentuado entre os pacientes que utilizaram a medicação com uma mudança média de peso de 5,61kg no final de 12 meses, contra 1,94kg das que não utilizavam. Em uma tabela, foram elaboradas 3 escores de uso de drogas para neurolépticos, ADT e anticonvulsivantes, de acordo com a frequência de utilização de medicamentos ao longo de 12 meses e demonstraram uma relação linear positiva entre o nível de exposição à neurolépticos e ganho de peso, e ausência de efeitos do uso de antidepressivos e anticonvulsivantes. Percebendo que é consistente apontar uma associação entre a exposição de medicamentos antipsicóticos e ganho de peso, especialmente após 9 e 12 meses de uso continuado. Neste estudo, verificou-se um grande número de crianças e adolescente com sobrepeso e ressalta que este número aumentou com à adesão de tratamentos com drogas antipsicóticas.

Deve-se refletir sobre o contexto em que esses medicamentos se inserem, pois impera a ideia do medicamento como solução perfeita, em muitas ocasiões, o momento mais importante da consulta passou a ser a prescrição, substituindo o diagnóstico e alternativas terapêuticas (Cf. ANDRADE, *et. al*, 2004, p.471-479).

Martha Guerra Abreu (2003) concluiu que assim como a regulação do peso envolve fatores complexos por si só, esta, induzida por drogas psicoativas,

desenvolve uma questão extremamente desafiadora para a equipe técnica envolvida no cuidado do paciente (médico, enfermeiro, nutricionista, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta).

5.7 Nutricionista na Assistência Social

Nenhuma legislação ou regulamentação da profissão de nutricionista prevê como campo de trabalho a assistência social. Por ser muito ampla em atividades, acaba agrupando funções de todas as áreas já definidas pela Resolução. Na resolução do CFN N°380/2005, as áreas de atuação do nutricionista são estas: I) Área de Alimentação Coletiva; II) Área de Nutrição Clínica; III) Área de Saúde Coletiva; IV) Área de docência; V) Área de indústrias de alimentos; VI) Área de nutrição em esportes e VII) Marketing na área de alimentação e nutrição. Como visto acima, a assistência social é vasta e a nutrição tem muito que trabalhar, porém as atribuições de uma nutricionista da assistência social não se enquadram em nenhuma das áreas estabelecidas pela resolução e sim engloba um pouco de cada área, mudando o foco da ação.

Se levarmos em conta a Resolução do CFN 380/2005, que discorre sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, foi criada no mesmo ano que foi implementado o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) também em 2005, conforme determinação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) e da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), para assim instituir efetivamente as políticas públicas da área e a transformação efetiva da assistência em direito. Assim podemos compreender porque a atuação do nutricionista na assistência social não está descrita na resolução que determina as áreas de atuação do profissional.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Como observado e apresentado anteriormente, a obesidade é um problema da atualidade, atingindo crescentemente as crianças (Cf. WHO, 1997). Essa doença pode ter diversas vertentes e ocorrer de muitas formas. Quando se trata de crianças institucionalizadas, é preciso analisar que elas estavam em estado de vulnerabilidade social, normalmente oriunda de violência doméstica e/ou maus-tratos; mendicância; negligência dos pais; pais falecidos; pais envolvidos com drogas; pais em regime de prisão; abandono do lar pelas crianças e abuso sexual (Cf. TORRES, *et al.* 2008, p.282-289).

Esta pesquisa encontrou poucos trabalhos sobre avaliação nutricional de crianças e adolescente institucionalizados. Necessita-se com urgência, portanto, de uma atenção do nutricionista para este público já tão fragilizado e com tantas carências. Em um trabalho já comentado acima, Martha Guerra Abreu (ABREU, 2003, p.97) realizou um controle através de avaliações nutricionais periódicas e observou que, após entrarem nos abrigos, as crianças e adolescentes começavam a aumentar de peso com o passar dos meses, talvez usassem o comer como uma “válvula de escape” do sofrimento pelo rompimento com a família de origem ou devido a uma maior oferta de alimentos que ali ocorria.

As crianças institucionalizadas já vêm de um quadro de vulnerabilidade instalado e a obesidade nestas pessoas pode ser explicada a partir de um determinado problema sofrido anteriormente. Como Andrade *Et. Al.* (2014, p.130) perceberam em seu trabalho, 88,3% das crianças obesas havia sofrido rejeição materna e carência de afeto; 81,7% das crianças obesas estudadas tinham pais com problemas de saúde mental; e 89,7% possuíam algum membro da família em drogadição ou alcoolismo. Neste estudo, mais da metade tinham histórico de obesidade na família. Entre esses problemas, as crianças obesas estudadas apresentavam variáveis comportamentais e emocionais, nas quais a violência e os maus-tratos ocorriam em 89,7% das vezes que tinham drogadicção/alcoolismo na família. Baixa auto-estima encontrada com 90,8% na rejeição materna/carência de afeto, e 96,7% nas que tinham pais com problemas mentais. Os índices de

ansiedade e voracidade foram encontrados em percentuais muito elevados em todas as origens dos problemas psicológicos.

Também no estudo de Silva (2007, p.498) está presente a relação da obesidade com problemas psicológicos sofridos; a autora pesquisou a interferência de experiências adversas na infância de adultos com Obesidade Mórbida, ela verificou que existe uma prevalência alta de experiências adversas ocorridas durante a infância. Constatou que a maior parte dos sujeitos estudados não eram obesos na infância, mostrando que a obesidade está associada a fatores ambientais e relacionais como negligência física e emocional, abuso psicológico, físico ou sexual.

Na Norma Operacional Básica do Sistema Único da Assistência Social de 2005, está prevista a atuação apenas de psicólogo, coordenador e educador, mas na prática há muitos profissionais envolvidos na rotina e no desenvolvimento destas crianças e adolescentes institucionalizados em abrigos 24h. Isto nos leva a perceber que falta reconhecer o trabalho de todos os profissionais envolvidos. LEONARD, M.; S.; Graham; D. Bonacum. (Cf. LEONARD *et al*, 2007) ressaltaram que, para elaborar um trabalho de alta qualidade, comunicação eficaz e trabalho em grupo são essenciais e, para isso, é necessário um instrumento padronizado de comunicação, e a criação de um ambiente onde as pessoas possam expressar seus pontos de vista e suas críticas. Essas informações e esses momentos propiciam a aprendizagem de lições e respeito pelo trabalho do outro profissional na transferência de práticas.

NOME (FIRTH-COZENS, 2001) concorda com isso quando fala que as equipes precisam estar unidas em uma gestão estruturada de forma que permite a prestação de conta e seja reconhecida pelos outros profissionais. Isso é possível com o instrumento padrão e com a criação de momentos para discussão do caso, como comenta LEONARD, M.; S.; Graham; D. Bonacum (LEONARD *et al*, 2007).

O nutricionista pode reverter ou amenizar este quadro de obesidade, pode realizar um estudo de caso para conhecer o indivíduo e suas características, analisando o histórico da criança, os exames laboratoriais, a rotina diária, os hábitos alimentares e, assim, estudar e elaborar uma prescrição dietética que deve ser colocada em prática em parceria com toda equipe que trabalha com esta criança. O

médico deverá elaborar uma melhor prescrição medicamentosa que não tenha tanto efeito sobre o aumento de peso; a escola deve controlar o que a criança consome durante o horário escolar; os educadores devem ajudar a orientar e estimular que a criança siga corretamente o cardápio proposto; a coordenação deve buscar inserir esta criança em alguma atividade física rotineira e psicóloga, dando um suporte na parte emocional e a equipe de cozinha fornecendo os alimentos necessários, conforme prescrição.

Como visto, muitas crianças que chegam a estes abrigos necessitam do uso de medicamentos psicoativos por diversos motivos, e aí está mais um responsável pelo aumento de peso destas crianças. Como vimos no trabalho de Teixeira (2006, p.193), o frequente ganho significativo de peso em pacientes com o uso de clozapina, olanzapina e antipsicóticos tradicionais de baixa potência e os principais estabilizantes de humor também entram na lista dos medicamentos que estão associados a um ganho importante de peso. Mas o aumento de peso não é o único efeito adverso metabólico associado a estes medicamentos, a hiperglicemia, DM tipo II e dislipidemias também ocorrem com os antipsicóticos citados.

Martha Guerra Abreu (Abreu, 2003), ao comparar meninas institucionalizadas que faziam o uso de medicamentos psicoativos e as que não faziam, também verificou que as que utilizavam a medicação tiveram um aumento médio maior no peso em relação às que não faziam uso. As drogas estudadas foram os ADT (antidepressivos tricíclico) e os anticonvulsivantes.

Os novos psicoativos, como ziprasidona e o aripiprazol, parecem não apresentar efeitos colaterais importantes sobre o peso e sobre o metabolismo glicídico e lipídeo. Sendo assim, TEIXEIRA, P.J.R.; ROCHA, F.L. (Teixeira, 2006, p.193) ressalta a importância de conhecer os efeitos adversos dos medicamentos e estudar as vantagens e desvantagens particulares de cada paciente e orientando a necessidade de uma dieta saudável e a prática de atividade física.

Como visto, muitos são as intercorrências que podem acarretar alguma deficiência ou doença nutricional em crianças institucionalizadas. Estas são crianças que além da obesidade estão sujeitas a carências nutricionais, desnutrição, doenças metabólicas entre outras. Como visto na legislação, a Assistência Social tem suas

subdivisões e cada uma carece de atenção nutricional específica conforme funcionalidade das proteções, tanto a básica quanto a especial (média e alta complexidade).

Desmembrando a Resolução do CFN 380/2005, podemos perceber que a área de atuação do nutricionista na assistência social é muito ampla e conforme a proteção que é atendida seria a função deste profissional.

Na proteção básica, as funções englobariam a área de alimentação coletiva nos espaços que possuem Unidades de Alimentação e Nutrição (UAN) com atividades de alimentação e nutrição e com acompanhamento nas unidades que terceirizam este trabalho, como também a área de Saúde Coletiva com atividades de alimentação e nutrição realizadas em políticas e programas institucionais, de atenção básica e de vigilância sanitária.

Segue alguns serviços, programas e ações oferecidas pelo CRAS atualmente e que a nutrição está ou pode ser incluída para melhoria do serviço prestado: Serviço de Proteção e Atendimento Integral a Famílias (PAIF) visa fortalecer a função protetiva das famílias, prevenindo a ruptura dos vínculos, promovendo o acesso aos direitos e contribuindo para melhoria da qualidade de vida. O Nutricionista poderia contribuir com orientações para família sobre alimentação saudável para evitar carências nutricionais e futuras doenças crônicas não transmissíveis. Boas Práticas de Fabricação com foco na promoção da saúde. Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo (SCFV) é um serviço complementar do PAIF e desenvolve atividades preventivas à situação de vulnerabilidade e risco social. Neste serviço, o Nutricionista atua na alimentação coletiva, pois em muitos espaços ocorre a oferta de alimentação (almoço e lanche), assim podendo realizar um conjunto de ações com a criança para promover a saúde, avaliação antropométrica periódica. Implantação do Manual de Boas Práticas. Elaboração das fichas técnicas e dos Procedimentos Operacionais Padronizados, educação nutricional e oficinas de culinárias. Cadastro único, um instrumento de identificação e caracterização socioeconômica das famílias de baixa renda, permitindo o acesso a serviços e programas públicos essenciais. O Nutricionista pode aqui trabalhar no planejamento e construção de cestas básicas para as famílias (Cf. BRASIL/ LOAS, 1993).

Já na Proteção Social Especial, vemos as mesmas funções como ocorre na proteção básica e também podemos acrescentar a área de nutrição clínica, nas atividades de nutrição e alimentação realizadas nestes espaços que compõem a média e alta complexidade.

Os serviços prestados atualmente na Proteção Especial de Média Complexidade – já realizados pelo Nutricionista e outros que este profissional pode atuar – são estes: Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), que acompanha, orienta e apoia famílias e indivíduos em situação de violação de direitos, através de atendimentos individuais, familiares, em grupos multifamiliares, visitas domiciliares, articulação em rede, entre outros. O Nutricionista pode vir participar deste serviço com ações que visam à promoção da saúde. O Serviço Especializado em Abordagem Social atende a população em situação de rua, através de abordagem individual ou em grupos, promovendo, através da formação de vínculos no espaço rua, a inserção na rede de serviços socioassistenciais e acesso às demais políticas públicas. Neste caso, assim que estas pessoas aceitam e começam a acessar os espaços da Assistência, elas podem receber a alimentação fornecida e participar das ações oferecidas pela equipe de nutrição para promoção da saúde e o desenvolvimento dos bons hábitos de higiene e alimentação por meio de atividades (Cf. BRASIL/ LOAS, 1993).

O mesmo acontece em cada CRAES, nas quais há pelo menos duas equipes, uma para criança e adolescente e suas famílias (Ação Rua) e outras para adultos; o Centro POP oferta, além de serviços de higiene pessoal e oficinas, acompanhamento realizado por equipes multidisciplinar com intuito de propiciar encaminhamento às demandas pessoais assim como ações que oportunizem a construção e novos projetos de vida; o Nutricionista atua na parte de alimentação coletiva (fornecimento de lanche), ações para promoção da saúde com educação nutricional e orientações; O Centro Dia-Idoso oferece atendimento especializado com equipe multidisciplinar e espaço de convivência para pessoas idosos em situação de risco e/ou violação de direitos. Este espaço possui uma UAN, portanto o Nutricionista tem todas as funções da alimentação coletiva, avaliação antropométrica periódica, diagnóstico nutricional, atendimento nutricional particular, prescrição dietética, oficinas de educação nutricional e culinária e orientações sobre doenças crônicas não transmissíveis (Cf. BRASIL/LOAS, 1993).

Na Proteção Social Especial de Alta Complexidade, são realizados os serviços de acolhimento onde em todos os espaços há atuação do Nutricionista e ainda tem as funções a ser explorada por este profissional: Serviço de Acolhimento Institucional para Criança e Adolescente, uma medida de proteção pessoal ou social; Serviço de Acolhimento Institucional para Adultos em vulnerabilidade social; Serviço de Acolhimento Institucional para Famílias em situação de vulnerabilidade Social; Serviço de Acolhimento em República, que oferece proteção, apoio e moradia subsidiada a homens e mulheres com idade de 18 e 59 anos. O serviço tem como objetivo o desenvolvimento da autonomia e a participação das pessoas em atendimento. Estes serviços possuem uma UAN, portanto, todas as funções da alimentação coletiva devem ser postas em prática, bem como devem existir orientações e oficinas de educação nutricional e culinária, objetivando hábitos alimentares saudáveis e a diminuição dos riscos nutricionais que este público está exposto, além do atendimento com funções da área clínica, com diagnóstico nutricional elaborado a partir de dados clínicos, bioquímicos antropométricos e dietético individual para assim ser feita uma prescrição dietética adequada com acompanhamento nutricional periódico. Também atuam com o manuseio e prescrição de alimentos para fins especiais atendendo as necessidades específicas de um indivíduo; Serviço de Acolhimento Institucional para Pessoas com Deficiência, um serviço para crianças e adolescentes neurolesionados e idosos com deficiência visual em situação de vulnerabilidade social, o nutricionista hoje em dia não atua neste espaço; Casa Lar para Idoso, um serviço de pequeno porte destinado a idosos independentes afastados do convívio familiar e em situação de rua (o Nutricionista atualmente não atua neste espaço); Instituição de Longa Permanência oferece acolhimento permanente, destinado a idosos com vínculos familiares fragilizados ou rompido, por situação de abandono e com renda insuficiente para sua sobrevivência (Nutricionista não atua nestes espaços); Serviço de Albergue, um atendimento noturno que oferta pernoite, alimentação e cuidados de higiene, função essencialmente voltada para UAN é realizada pelo Nutricionista (Cf. BRASIL / LOAS, 1993).

Não foram encontrados trabalhos que tratassem do Nutricionista da área de assistência social, tampouco das atividades oferecidas por eles nestes espaços. Para que isto aconteça, a categoria precisaria estar forte e resguardada com a

legislação para, assim, ocupar seu papel frente a esta população em vulnerabilidade que tanto necessita de uma atenção especializada, pois, como percebemos, são extremamente carentes, e uma real atuação do Nutricionista nestes espaços de trabalho traria muitos benefícios para a população, podendo ajudar nas alterações dos grandes índices de doenças advindos da má alimentação (Cf. BRASIL LOAS, 1993).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, foi observado que a obesidade está em crescimento no mundo e associada a diversas doenças. Muitos são os fatores que podem desencadear a situação do sobrepeso e obesidade, como as que foram aqui estudadas; entre eles, podemos citar os medicamentos psicoativos e as características psicossociais das crianças institucionalizadas como prevaletentes nas crianças que apresentam obesidade.

As crianças e adolescentes que estão sendo atendidas pela Rede de Proteção Especial de Alta Complexidade pelo Sistema único de Assistência Social e Cidadania apresentam, na maioria dos casos, muitos fatores que, conforme estudado ao longo do trabalho, têm relação com o sobrepeso e obesidade, devido, por exemplo, as características psicológicas que estas crianças e adolescentes apresentam por estarem em estado de vulnerabilidade social, como discutido e encontrado nos resultados deste estudo. Também foi observado que o aumento de peso pode estar associado à melhora na qualidade de vida com uma maior oferta de alimentos ali fornecida para a criança, ou pode ser pelo estresse sofrido pela ruptura dos laços familiares que faz com que a criança coma em excesso como reflexo a este estresse (Cf. ABREU, KAPCKZINSKI, 2003, p 97).

Neste trabalho foi encontrada relação entre o uso de medicamentos psicoativos e o aumento de peso e, conseqüentemente, sobrepeso e obesidade como efeito colateral de alguns medicamentos pontuais. Entendido isto, reforçamos a importância de uma comunicação do nutricionista do abrigo com o psiquiatra que acompanha esta criança para que juntos possam ver o melhor tratamento e orientações para ser colocada em prática com cada indivíduo (Cf. LEONARD *et al*, 2004). A atuação deste profissional de uma forma mais expressiva e pontual em cada caso poderia reverter muito dos diagnósticos de obesidade e, assim, evitar as doenças crônicas não transmissíveis.

O desafio para Nutricionista da Assistência Social é primeiramente reconhecer seu espaço de trabalho e todas as funções que lhe competem para, assim, fazer a diferença para este público que é atendido e está em vulnerabilidade social.

Como dito anteriormente, o Sistema Único de Assistência Social e Cidadania é muito amplo e, em todas as complexidades que ele abrange, muitas seriam as funções a serem desenvolvidas pelo nutricionista para melhor atender o público de diversas faixas etárias que estão em vulnerabilidade social. Algumas das atribuições já foram citadas nos resultados e outras ainda podem ser acrescentadas; para isto, ressalto a importância de mais estudos sobre a atuação deste profissional no SUAS.

Muitas são as atividades que podem ser exploradas e desenvolvidas na Proteção Social Básica e na Proteção Social Especial de média complexidade, mesmo ainda por não ter sido rompido o vínculo familiar e assim atuando de forma a mudar os hábitos nutricionais e sanitários das pessoas e seus familiares com oficinas de educação nutricional e culinária, orientações sobre higiene pessoal, higiene do ambiente e alimentar, entre outras (RESOLUÇÃO CFN 380, 2005).

Este trabalho voltou-se às crianças e adolescentes que não possuem mais o vínculo familiar ou estão impedidas de morar com sua família; estes jovens são acolhidos pelo serviço institucional por tempo indeterminado; sendo assim, irão conviver 24h por dia nesta nova realidade em espaços que ofertam toda a alimentação. Essas crianças e adolescentes estão sob responsabilidade do abrigo e de toda equipe ali formada, cabendo ao nutricionista agir atuando de forma direta para modificar o quadro nutricional e ajudar nutricionalmente nas carências psicossociais, medicamentosas como também social. Englobando as áreas Clínica, Coletiva e Social da Resolução 380/2005 do Conselho Federal do Nutricionista.

Essas crianças e adolescente são vistas de maneira muito individual por cada profissional, pois o médico receita um medicamento não pensando se seus efeitos colaterais serão os mais adequados para aquele paciente; assim como a psicólogo trabalha suas carências e dificuldades de forma isolada e não socializa com o restante da equipe; os educadores que convivem com estas crianças têm uma outra forma de comunicação individual para registrar o que acontece com essas crianças diariamente; e, por fim, a nutrição faz orientações soltas sem levar em consideração os medicamentos que este menor consome, nem características psicológicas, rotina diária e limitação nos gêneros que podemos oferecer para este indivíduo (Cf. REICHENHEIM *et al*, 1999, p.109-121).

Se houver um prontuário único no qual todos os dados de todas as áreas sejam colocados para que, assim, todos os profissionais envolvidos no desenvolvimento desta criança possam trabalhar de forma unida e integrada, haverá

a valorização do parecer do colega e atuação de cada profissional acrescentará algo de positivo para um único objetivo, o bem-estar do menor (Cf. TASSARA *et al*, 2010, p. 309- 3014).

Não há estudos sobre a prática do Nutricionista na Assistência Social e acredito que trabalhos posteriores poderiam agregar muito ao produzirem protocolos com funções e ações para estes profissionais que hoje não se enquadram em nenhuma legislação e acabam atuando conforme aprenderam na graduação e que em muitos casos não possuem em sua grade curricular estes assuntos.

REFERÊNCIAS

ALLISON, D. B., Mentore, J. L., Heo, M., Chandler, L. P., Cappelleri, J. C., Infante, M. C., & Weiden, P. J. (1999). **Antipsychotic-induced weight gain: a comprehensive research synthesis**. *American journal of Psychiatry*, 156(11), 1686-1696.

ANDRADE, T.M., et. al. **Problemas Psicológicos de Crianças e Adolescentes Obesos: Relato de Pesquisa**. Universidade Federal de São Paulo. Revista Psicologia: Ciência e Profissão. 2014, p.130.

BAPTISTA T. et al. **Obesity and Related Metabolic Abnormalities during Antipsychotic Drug Administration: Mechanisms, Management and Research Perspectives**. *Pharmacopsychiatry* DOI: 10.1055/s-2002-36391. 2002 25(6): 205-219.

BRASIL, **Estatuto da criança e adolescente. Lei nº8069, de 13 de julho de 1990. Brasília: Diário Oficial da União, 1990.** Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/l8069.htm>. Último acesso em 20 de Janeiro de 2015.

BRASIL, **Lei nº 12.010, de 3 de agosto de 2009.** Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12010.htm>. Último acesso em 10 de março de 2015.

BRASIL. **Vigilância alimentar e nutricional-SISVAN, 2004.** Disponível em <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/orientacoes_basicas_sisvan.pdf>. Último acesso em 25 de março de 2015.

BRASIL, **Norma Operacional Básica NOB/SUAS, 2005.** Disponível em <<http://www.mds.gov.br/acesso-a-informacao/legislacao/assistenciasocial/resolucoes/2005/Resolucao%20CNAS%20no%20130-%20de%2015%20de%20julho%20de%202005.pdf>>. Último acesso em 13 de maio de 2015.

BRASIL, **NORMA OPERACIONAL BÁSICA DE RECURSOS HUMANOS DO SUAS NOB-RH/SUAS**, 2006. Disponível em http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/gestaodotrabalho/arquivos/Norma%20Operacional%20de%20RH_SUAS.pdf/download.> Último acesso em 18 de maio de 2015.

CAVALCANTE, Lília Iêda Chaves, Celina Maria Colino Magalhães, and Fernando Augusto Ramos Pontes. **"Processos de saúde e doença entre crianças institucionalizadas: uma visão ecológica."** *Ciência & Saúde Coletiva* 14.2 (2009): 614-625.

CHIORLIN, M.O.; et. al., **Relationship Between School Performance and Psychological Characteristics in Children With Different Nutritional Satates**, Artigo da Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento, São Paulo v. 1, n. 1, p. 53-67, Jan/Fev 2007.

CFN, **Resolução 380 de 2005**. Disponível em <http://www.cfn.org.br/novosite/pdf/res/2005/res380.pdf>.> Último acesso em 22 de abril de 2015.

CFN, **Resolução CFN N° 380/2005**. Disponível em <http://www.cfn.org.br/novosite/pdf/res/2005/res380.pdf>> Último acesso em 12 de maio de 2015.

DE ABREU, Martha Guerra Belmonte et al. **Evolução de parâmetros antropométricos em crianças e adolescentes com exposição a medicamentos psicoativos: Um estudo controlado em abrigados da Secretaria do Trabalho, Cidadania e Assistência Social—STCAS—RS**. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 2001.

DE ANTONI, Clarissa; KOLLER, Sílvia Helena. **A visão de família entre as adolescentes que sofreram violência intrafamiliar**. *Estudos de Psicologia*, v. 5, n. 2, p. 347-381, 2000.

DA COSTA, Carmen AN; CALETTI, Greice; GOMEZ, Rosane. **Aumento de peso pelo uso crônico de antidepressivos entre pacientes institucionalizados em uma clínica psiquiátrica de Porto Alegre, RS-DOI: [http://dx. doi. org/10.15602/1983-9480/cmbs. v13n27p61-69](http://dx.doi.org/10.15602/1983-9480/cmbs.v13n27p61-69). **Ciência em Movimento-Biociências e Saúde**, v. 13, n. 27, p. 61-69, 2012.**

DE FREITAS ANDRADE, Márcia; DE ANDRADE, Regina Célia Garcia; DOS SANTOS, Vania. **Prescrição de psicotrópicos: avaliação das informações contidas em receitas e notificações**. *Braz. J. Pharm. Sci*, v. 40, n. 4, 2004.

FARIA, Sofia Mexia Alves Moura; SALGUEIRO, Gabriela; TRIGO, Luísa Ribeiro; ALBERTO, Isabel Maria Marques - **As narrativas de adolescentes institucionalizadas: Percepções em torno das vivências de institucionalização**. In Congresso Internacional em Estudos da Criança, I, Braga, Portugal, 02-04 Fevereiro, 2008 - Atas eletrônicas do Congresso Internacional em Estudos da Criança. Braga: Universidade do Minho, 2008.

FIRTH-COZENS, J. **Cultures for improving patient safety through learning: the role of teamwork**. *Article Quality in Health Care*, v. 10, n. suppl 2, p. ii26-ii31, 2001.

FREITAS, L.N. **Modo de vida de crianças institucionalizadas**, Trabalho de conclusão do curso de enfermagem da UFRGS, 2010.

GABATZ, Ruth Irmgard Bärtschi, et al. **"Fatores relacionados à institucionalização: perspectivas de crianças vítimas de violência intrafamiliar."** *Rev Gaúcha Enferm [Internet]* 31.4 (2010): 670-677.

GARCIA, Ana; Azenha, Sandra ; Soares, Sofia; Ferro-Lebres, Vera; Fernandes, António (2013) - **Hábitos alimentares entre crianças institucionalizadas e crianças em "ambiente familiar"**. *Alimentação Humana*. ISSN 0873-4364. 19:1, p. 42

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. Biblioteca de Saúde Pública. 6ª edição. São Paulo: Atlas, 2008.

LEITÃO-AZEVEDO, Carmen Lúcia et al. **Sobrepeso e obesidade em pacientes esquizofrênicos em uso de clozapina comparado com o uso de outros antipsicóticos.** Artigo Revista Psiquiatria, v. 28, n. 2, p. 12-18, 2006.

LEONARD, M.; S.; Graham; D. Bonacum. **The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care.** Article. *Qual Saf Health Care*. 13:85-90, 2004.

LIMA, Rodrigo Maciel, **Obesidade: o mal do século.** Revista PERSPECTIVAS ONLINE, Campos dos Goytacazes, v.1, n.2, p.86-99, 2007

MDS, **Lei Orgânica de Assistência Social, Nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.** Disponível em <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/secretaria-nacional-de-assistencia-social-snas/cadernos/lei-organica-de-assistencia-social-loas-anotada-2009/Lei%20Organica%20de%20Assistencia%20Social%20-%20LOAS%20Anotada%202009.pdf/download> Último acesso em 12 de maio de 2015.

MORÉ, Carmem Leontina Ojeda Ocampo.; SPERANCETTA, Andressa Sperancetta. **Práticas de pais sociais em instituições de acolhimento de crianças e adolescentes,** Revista de Psicologia e Sociedade 22(3), 2010, p.519-528.

MUENCH J.; HAMER A.M. **Adverse effects of antipsychotic medications.** . Type: Journal Article, Review. *American Family Physician* [2010, 81(5):617-622]

PAGANINI,J.;VIEIRA, R.S. **O Sistema único de Assistência Social no Brasil:** uma Análise da Política Nacional como mecanismo de efetivação dos direitos fundamentais. XI Seminário Internacional de demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea. VII Mostra de trabalhos Jurídicos Científicos, 2014.

PEIXOTO, Helicínia Giordana Espíndola. **Estado nutricional e seus fatores interferentes em pacientes com transtorno depressivo**. 2006. 61 f. Dissertação (Mestrado em Nutrição Humana)—Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

PEIXOTO, Helicínia Giordana Espíndola et al. **Antidepressivos e alterações no peso corporal**. *Rev. nutr*, v. 21, n. 3, p. 341-348, 2008.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. **A assistência social prevista na Constituição de 1988 e operacionalizada pela PNAS e pelo SUAS**. *Revista SER Social*, n. 20, p. 63-84, 2010.

POLETTI, M.; et al. **Eventos estressores em crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social de Porto Alegre**, *Revista de Ciência e Saúde Coletiva* 14(2), 2009, p.455-466.

POLLETO, M.; KOLLER, S.H. **Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e proteção**, *Estudos de Psicologia*, Campinas, 25 (3), julho/setembro, 2008, p.405-416.

REICHENHEIM, M.E. et. al, **Consequências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação**, *Revista Ciência e Saúde Coletiva* 4(1), 1999, p.109-121.

RINALDI, A.E.M. et al, **Feeding practices and physical inactivity contributions to childhood overweight**, *Revista Paul Pediatr*, 26(3), 2008, p.271-277.

SANTOS, Benedito Carlos Alves dos et al. **Características emocionais e traços de personalidade em crianças institucionalizadas e não institucionalizadas**. *Bol. psicol* [online]. 2010, vol.60, n.133, pp. 139-152. ISSN 0006-5943.

SILVA, S.; MAIA, A. **Experiências Adversas na Infância de Adultos com Obesidade Mórbida**, *Actea Méd Port* 2007; 20:245-501

SILVERSTONE, T. ; et al. **Prevalence of obesity in patients receiving depot antipsychotics.** The british Journal of Psychiatry, DOI: 10.1192/BJP.153,2,214, Aug. 1988, 153(2) 214-217.

SIQUEIRA, A.C.; AGLIO, D.D. **Crianças e Adolescentes Institucionalizados: desempenho escolar, satisfação de vida e rede de apoio social,** Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa, v.26, 2010, p.407-415.

TASSARA, V.; NORTON, R. C.; MARQUES, W. E. U. **Importância do contexto sócio familiar na abordagem de crianças obesas,** Revista Paul Pediatrí; p 309-3014, 2010.

TEIXEIRA, P.J.R.; ROCHA, F.L. **Efeitos adversos metabólicos de antipsicóticos e estabilizadores de humor.** Ver. Psiquiatria RS maio/ago 2006;28(2): p186-196

TORRES, Cristhiane; et. al., **Crianças em passagem: um caminho para a cidadania?,** Ver. Brasileira Med Fam e Com, Rio de Janeiro, v.3, nº12, JAN/MAR, 2008, p.282-289.

World Heealth Organization. Obesity. **Preventing and managing the global epidemic: Report of WHO consultation group on obesity.** Geneva: WHO: 1997.

ZORTÉA, Lorena Emilia; KREUTZ, Carla Meira; JOHANN, Rejane Lúcia Veiga Oliveira. **Imagem corporal em crianças institucionalizadas e em crianças não institucionalizadas.** Aletheia, n. 27, p. 111-125, 2008.

ANEXO 1

AUTOR	TRABALHO	RESULTADO
ABREU e KAPCKZINSKI (2003, p 97)	Evolução de parâmetros antropométricos em crianças e adolescentes com exposição a medicamentos psicoativos: um estudo controlado em abrigados da Secretaria do Trabalho, Cidadania e Assistência Social-STCAS/RS	O desenho do trabalho não permite determinar a causa, mas sim risco para ganho de peso, mas há evidências de riscos a exposição de neurolépticos em crianças e adolescentes institucionalizados.
FIRTH- COZENS, J. 2001	Cultures for improving patient safety through learning: the role of teamwork.	Equipes precisam estar unidas em uma gestão estruturada de forma que permite a prestação de conta e seja reconhecida pelo outros profissionais

TASSARA, V.; et al.(2010, p. 309-3014)	Importância do contexto sócio familiar na abordagem de crianças obesas	Para crianças institucionalizadas, é fundamental a atuação interdisciplinar apoiada na perspectiva sistêmica como um caminho para melhoria dos casos de obesidades nestas unidades, entendendo que a criança representa a parte de um todo, não configurando um elemento isolado do grupo. O trabalho não se reduz a cuidar da mudança de hábitos alimentares, mas sim implica acolhê-las com um olhar que enxerga além da sua gordura e peso. Deve-se respeitá-las nas suas histórias familiares, nos seus sofrimentos, alegrias, saberes e curiosidades.
CHIORLIN, M.O.; et. al. (2007, p.53-67)	Relationship Between School Performance and Psychological Characteristics in Children With Different Nutritional Satates	A obesidade causa impacto negativo na qualidade de vida das crianças, onde muitas vezes sofrem discriminação e estigmatização social, prejudicando seu funcionamento físico e químico.
COSTA, C.A.N.; et.al., (2011, p. 61-69)	Aumento de peso pelo uso crônico de antidepressivos entre pacientes institucionalizados em uma clínica psiquiátrica de Porto Alegre, RS.	Tratamento com medicamentos antidepressivos Tricíclicos indica possível relação com aumento de peso

DAVID, B. et al. 1999.	Antipsychotic-Induced Weight Gain: A Comprehensive Research Synthesis.	Os autores encontraram entre os agentes antipsicóticos mais recentes aumento médio de peso, como clozapina, 4,5kg; olanzapina, 4,15kg; sertindole, 2,92kg; risperidona, 2,10kg; e ziprasidona, 0,04kg. Tanto os antipsicóticos convencionais e quanto os mais recentes estão associados ao ganho de peso.
REICHENHEIM, M.E.; et. al.(1999, p.109-121)	Consequências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação	A abordagem familiar da violência e a própria complexidade do fenômeno traz como consequência a necessidade de integrar diferentes profissionais através da formação de equipes interdisciplinares em qualquer programa de prevenção, detecção e acompanhamento de vítimas. As especificidades de cada profissional permitem que a situação seja discutida de diferentes perspectivas, facilitando a confirmação do evento e o planejamento das atividades a serem desenvolvidas.
BAPTISTA T. et al. Pharmacopsychiatry 2002 25(6): 205-219	Obesity and Related Metabolic Abnormalities during Antipsychotic Drug Administration: Mechanisms, Management and Research Perspectives.	O ganho de peso excessivo é um efeito colateral de alguns fármacos antipsicóticos típicos e atípicos, sendo a sua relação muito alta para a clozapina e olanzapina; alta para a quetiapina, zotepin, clorpromazina e tioridazina; moderada para risperidona e o setindol. A interação da droga com o monoaminérgico cérebro e sistemas colinérgicos e para os efeitos

		metabólicos/endócrinos da hiperprolactinemia, está associada ao aumento do apetite e conseqüentemente ao excesso de peso. Reforçam também a necessidade de um acompanhamento nutricional e exercícios físicos regulares.
SIQUEIRA, A.C.; AGLIO, D.D. (2010, p.407-415)	Crianças e Adolescentes Institucionalizados: desempenho escolar, satisfação de vida e rede de apoio social.	As crianças institucionalizadas na maioria das vezes são numerosas, a maioria possui irmão no mesmo abrigo institucional e com apontamento de uso do álcool a partir dos cinco anos de idade, seguido de cigarro e das drogas ilícitas.
MUENCH J.; HAMER A.M. 2010.	Adverse effects of antipsychotic medications.	Sugeriram o ganho de peso como o principal motivo para o descumprimento no uso da medicação de antipsicóticos.
ANTONI, C.; KOLLER, S.H. (2000, p.347-381)	A visão de família entre as adolescentes que sofreram violência intrafamiliar.	A maioria das crianças e adolescentes dos abrigos já sofreu algum tipo de violência familiar.
SILVERSTONE, T. ; et al. (Aug. 1988, 153(2) 214-217)	Prevalence of obesity in patients receiving depot antipsychotics.	As drogas antipsicóticas foram observadas por causar ganho de peso acentuado e está associada com o aumento da morbidade e pode reduzir a conformidade que conduz a um retorno dos sintomas psicóticos.

<p>POLETTI, M.; et al. (2009, p.455-466)</p>	<p>Eventos estressores em crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social de Porto Alegre.</p>	<p>É imprescindível que os profissionais envolvidos efetivamente se engajem no contexto ecológico no qual pretendem intervir. Devem, ainda, conhecer o processo de desenvolvimento das pessoas deste meio, suas histórias de vida, crenças e símbolos, além de conhecer as percepções que estas crianças e adolescentes têm quanto aos eventos que os circundam.</p>
<p>CAVALCANTE, L.I.C.; et al. (2009, p.615-625.)</p>	<p>Processos de saúde e doença entre crianças institucionalizadas: uma visão ecológica.</p>	<p>As crianças são encaminhadas às instituições por não receberem os cuidados adequados no meio familiar, vendo a existência de crianças que chegam no abrigo desnutridas, doentes, com marcas físicas e emocionais dos maus-tratos sofridos na família revela situações de negligência e abandono por parte dos pais e/ ou responsáveis, podendo constatar que nasceram e estão crescendo em condições muito adversas e pouco saudáveis.</p>
<p>PEIXOTO, H.G.E.; et al.,(2008, p.341-348)</p>	<p>Antidepressivos e alterações no peso corporal.</p>	<p>As alterações no peso corporal em pacientes tratados com antidepressivos são multifatoriais, podendo estar relacionados à melhora da doença, aos efeitos colaterais da droga ou induzidas pela própria sintomatologia da doença. O uso de antidepressivos tricíclicos (ADT) demonstrou ganho de peso durante o</p>

		tratamento agudo, mas no tratamento de manutenção, o ganho de peso está mais associado à melhora do apetite.
AZEVEDO, C.L.L.; et.a. (2006, p.120-128)	Sobrepeso e obesidade em pacientes esquizofrêncios em uso de clozapina comparados com o uso de outros antipsicóticos.	O ganho de peso é um efeito colateral comum de muitas medicações, incluindo a maior parte dos agentes antipsicóticos, dentre eles destaca-se os antidepressivos bem como estabilizantes do humor e anticonvulsivantes. Os autores evidenciam que os problemas de sobrepeso e obesidade afetam tanto pacientes que utilizam clozapina quanto aqueles que utilizam os demais antipsicóticos.
RINALDI, A.E.M.; et. al., (2008, p.271-277)	Feeding practices and physical inactivity contributions to childhood overweight.	A revisão dos dados sugere que as transições demográfica, epidemiológica e nutricional ocorridas nas últimas décadas são os principais fatores para o excesso de peso de crianças e adolescentes, uma vez que estas transições proporcionaram grandes alterações no estilo de vida da sociedade.

SILVA, S.; MAIA, A. (2007; p.245-501)	Experiências Adversas na Infância de Adultos com Obesidade Mórbida.	Neste estudo está presente a relação da obesidade com problemas psicológicos sofridos, verificando a interferência de experiências adversas na infância de adultos com Obesidade Mórbida, ela verificou que existe uma prevalência de experiências adversas ocorridas durante a infância. Segundo os autores, a maior parte dos sujeitos estudados não era obeso na infância, mostrando que a obesidade está associada a fatores ambientais e relacionais como negligência física e emocional, abuso emocional, físico ou sexual.
TEIXEIRA, P.J.R.; ROCHA, F.L. (2006, p186-196)	Efeitos adversos metabólicos de antipsicóticos e estabilizadores de humor.	Os autores acusam a frequência do ganho significativo de peso em pacientes com o uso de clozapina, clonazapina e antipsicóticos tradicionais de baixa potência, os principais estabilizantes de humor também entram na lista dos medicamentos que estão associados a um ganho importante de peso.
LEONARD, M.; et al. 2004	The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. Qual Saf Healt Care	Os autores ressaltam que para um trabalho de alta qualidade comunicação eficaz e trabalho em grupo são essenciais e para isto é necessário um instrumento padronizado de comunicação e a criação de um ambiente onde as pessoas possam expressar seus pontos de vista e críticas. Estas

		informações e momentos propiciam a aprendizagem de lições e respeito pelo trabalho do outro profissional na transferência de práticas.
ANDRADE, T.M., et. al. (2014, p.130)	Problemas Psicológicos de Crianças e Adolescentes Obesos: Relato de Pesquisa.	Problemas como o de pais alcoólicos ou drogadictos e problemas de saúde mental dos pais apareceram logo em seguida, e geram um mal-estar muito grande nas crianças que buscam resolver suas angústias preenchendo dose com comida.

Quadro 1: exposição dos resultados encontrados pelos autores e descritos ao longo do trabalho.