

Elaboração de protocolo para atendimento nutricional de crianças obesas ou com sobrepeso

Protocol development for nutrition care of obese children and overweight.

Luciana Alves Cangerana Santiago¹, Fernando José de Nóbrega²

1. Mestra em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)-Escola Paulista de Medicina, Brasil. 2. Professor Titular de Pediatria da Escola Paulista de Medicina-Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Brasil.

Resumo

Objetivo: Elaborar protocolo para o atendimento nutricional em obesidade pediátrica. **Metodologia:** Estudo de caráter qualitativo, que aborda questões ligadas ao atendimento nutricional de crianças obesas e questões ligadas ao abandono do tratamento. A amostra foi composta por 10 nutricionistas com experiência no atendimento de crianças com obesidade e que atuam nas seguintes instituições: Escola Paulista de Medicina, Instituto da Criança, Faculdade de Saúde Pública e Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares. Os depoimentos foram avaliados pelo método análise de conteúdo. **Resultados:** Os principais pontos do atendimento nutricional e motivos de abandono, identificados na análise dos depoimentos, foram classificados em seis categorias: "Família", "Criança", "Profissional", "Preconceito", "Qualidade do serviço prestado" e "Modo de vida contemporâneo", as quais sustentaram a elaboração do protocolo nutricional, em que se destacam: as formas de abordagem no atendimento, o foco da abordagem, a forma de orientação, as metas a serem trabalhadas, a equipe multidisciplinar, o papel do nutricionista e outras questões pertinentes ao acompanhamento. **Conclusões:** Concluiu-se que deve se considerar a "Família" e a percepção da doença; a "Criança" utilizando-se de linguagem e estratégias adequadas no atendimento; o "Profissional" com metas possíveis e curtas; o "Preconceito" como agravante do tratamento; a "Qualidade dos serviços prestados" e o "Modo de vida contemporâneo". Como forma de continuidade ao estudo, sugere-se a aplicação prática do referido protocolo.

Palavras-chave: Obesidade pediátrica. Terapia nutricional. Protocolos clínicos.

Abstract

Objective: Developing a protocol for the nutritional care in pediatric obesity. **Methodology:** Qualitative study, which addresses issues related to the nutritional care of obese children and issues related to treatment dropout. The sample consisted of 10 nutritionists with experience in caring for children with obesity and acting in the following institutions: São Paulo's School of Medicine, Children's Institute, School of Public Health and Ambulatory of Bulimia and Eating Disorders. The statements were evaluated by using content analysis. **Results:** The main points of nutritional care and abandonment of reasons identified in the analysis of the reports were classified into six categories: "Family", "Child", "Professional", "Prejudice", "Quality of service" and "Mode contemporary life", which supplied grounds for the preparation of a nutritional protocol, which highlights the forms of approach in attendance, the focus of the approach, the form of guidance, the goals to be worked on, the multidisciplinary team, the role of the nutritionist and other issues related to monitoring. **Conclusions:** It was concluded that there should be considered the "Family" and perception of the disease by using language and strategies in caring for the child; the "Professional" with feasible and short-term goals; the "Prejudice" as an aggravating treatment; "Quality of services" and "Contemporary Way of life". As a way to continue the study, the practical implementation of this protocol is suggested.

Keywords: Pediatric obesity. Nutritional therapy. Clinical protocols.

INTRODUÇÃO

É notório e preocupante o aumento da prevalência de obesos na população em geral, inclusive entre as crianças¹.

A obesidade pode trazer como consequência o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), o que justifica a adoção de estratégias integradas e sustentáveis de prevenção dessas doenças².

Os principais fatores para o desenvolvimento de obesidade são: genéticos e ambientais. Entre os fatores ambientais, destacamos: mudança de padrões alimentares, com o aumento da ingestão de lipídios e açúcares e o aumento da inatividade física e redução da ingestão de frutas, legumes e fibras^{2;3}.

Na infância, o manejo dietético é mais complicado, pois está relacionado a mudanças de costume e disponibilidade dos pais⁴.

Visando evitar o surgimento de doenças cardiovasculares ou de conter seu agravamento, vêm tendo crescente status as ações primárias em saúde, uma vez que representam baixo custo em relação ao nível hospitalar, sendo simples do ponto de vista clínico e por necessitarem de poucos equipamentos. Destacam-se, entre as intervenções primárias, as mudanças no estilo de vida⁵.

A educação alimentar visa um novo estilo de vida a partir da ampliação de conceitos e mudanças. Vale lembrar que o incentivo a mudanças de comportamento mais saudáveis é imprescindível para a garantia de melhor qualidade de vida no presente e no futuro^{6;7}.

Os profissionais de saúde envolvidos devem fazer uso da fixação de metas para pais e filhos e/ou ferramentas baseadas

Correspondência: Luciana Alves Cangerana Santiago. Av. Nova Cantareira, 2445, apartamento 43. Tucuruvi. CEP: 02341-000, São Paulo, Brasil. e-mail: lucianacan@outlook.com

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse por parte de qualquer um dos autores.

Recebido em: 10 Fevereiro 2015; Revisado em: 6 Agosto 2015; 29 Agosto 2015; Aceito em: 1 Setembro 2015.

em evidências para facilitar as discussões sobre obesidade. Para os prestadores de cuidados de saúde primários e especialistas, estratégias eficazes devem ser discutidas com o propósito de mudar a prática e os benefícios potenciais de abordar sistematicamente a obesidade^{8; 9; 10}.

Portanto, é importante conhecer os pontos principais da abordagem nutricional e as causas que condicionam o abandono de tratamento.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

O presente estudo caracteriza uma pesquisa de caráter qualitativo, o qual abordou questões ligadas ao atendimento nutricional de crianças obesas e também questões ligadas ao abandono de tratamento.

Seu objetivo conduz para uma pesquisa interpretativa, a qual tem como interesse o significado que as pessoas dão aos diversos fenômenos da vida social. É aquela que incorpora a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais. Esse tipo de estudo pretende apreender a totalidade coletada visando atingir o conhecimento de um fenômeno histórico que é significativo em sua singularidade¹¹.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, conforme parecer 91478.

Os profissionais entrevistados aceitaram participar voluntariamente da Pesquisa e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido em duas cópias. Uma cópia do termo ficou com a pesquisadora e a outra com o profissional.

Local e amostra do estudo

A amostra desta pesquisa foi composta por 10 profissionais nutricionistas com experiência no atendimento de crianças com obesidade e que atuam nas seguintes instituições: Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Instrumento de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada utilizando a técnica de entrevista aberta gravada, na qual a pesquisadora propôs duas questões para que os participantes falassem livremente:

Quais são os principais pontos que devem ser abordados,

considerados e efetuados pelo nutricionista no atendimento de uma criança obesa?

Em sua opinião, quais são os principais motivos de abandono do tratamento nutricional, por parte dos pacientes?

Análise dos dados

Os depoimentos foram avaliados pelo método de análise de conteúdo, que avalia profundamente a fala do entrevistado, para se compreender criticamente o sentido de sua mensagem, seja ele explícito ou oculto^{12; 13}, foram utilizados os seguintes passos:

1. Identificação das unidades de significado: seleção das ideias principais de cada depoimento, que podem ser palavras, frases, expressões ou trechos.
2. Interpretação e categorização: classificação das unidades de significado segundo suas semelhanças e diferenças e definição de categorias de análise. Foi realizado um processo de redução das categorias dando origem a subcategorias amplas e abrangentes, capazes de abordar todo o conteúdo dos discursos.
3. Avaliação das categorias de análise: discussão e reflexão sobre os dados coletados e comparação com a literatura.

De acordo com as categorias e subcategorias obtidas nos depoimentos, foi possível criar o protocolo de atendimento nutricional com destaque para as principais subcategorias.

Importância de protocolos específicos de atendimento e seu significado

Protocolo significa um conjunto de regras ou critérios cumpridos em uma dada atividade, seja na execução, avaliação ou aceitação de materiais, produtos ou equipamentos; rotina¹⁴.

Uma sugestão de protocolo de atendimento no acompanhamento nutricional de crianças obesas é de relevante importância. Por meio deste protocolo, o profissional poderá visualizar de forma clara e dinâmica os principais “passos” no tratamento da obesidade pediátrica que permitem coordenar sua abordagem e tomada de decisões, melhorando a assistência.

RESULTADOS

Os principais pontos no atendimento, identificados na análise dos depoimentos, foram classificados em cinco categorias: “Família”, “Criança”, “Profissional”, “Preconceito” e “Qualidade dos serviços prestados”.

No que se refere aos motivos de abandono de tratamento, surgiram seis categorias: “Família”, “Criança”, “Profissional”, “Preconceito”, “Qualidade dos serviços prestados” e “Modo de vida contemporâneo”.

Na análise dos resultados, as categorias se repetem em

ambas as questões, complementando-se no que se refere aos aspectos encontrados e também em sua análise. Tal fato permite correlacionar os resultados e unificar a discussão.

Na categoria de análise “Família”, no que concerne aos principais pontos que devem ser observados pelo nutricionista no acompanhamento, observaram-se as seguintes subcategorias:

- a) Avaliar a dinâmica, estrutura e rotina da família;
- b) Considerar o ambiente familiar obesogênico;
- c) Conscientizar a responsabilidade dos pais;
- d) Considerar as condições de compra;
- e) Utilizar linguagem acessível.

No trecho do depoimento a seguir, pode-se observar a importância dos hábitos alimentares da família, que influenciam nos hábitos da criança:

“Pensando no papel do nutricionista, eu acho muito importante o papel da família; então, entender também os hábitos alimentares da família e como eles se relacionam com os hábitos da criança...”

Na mesma categoria, abordando os motivos de abandono, observamos:

- a) Dificuldade na rotina e na estrutura familiar;
- b) Falta de entendimento e percepção da necessidade do tratamento; falta de envolvimento, conscientização e adesão;
- c) Imediatismo para resultados;
- d) Perda de ferramenta de controle por parte dos pais.

No trecho abaixo, verificamos a questão do envolvimento da família e sua necessidade:

“ E é isso que eu tenho focado bastante nas minhas orientações, que é falar para família que ela inteira tem que apoiar o paciente...”

Pudemos observar, neste estudo, a importância da família como a base do tratamento, e apontá-la como um dos principais motivos de abandono do acompanhamento nutricional. Segundo Soares et al, a família é a base do tratamento e um dos principais e mais importantes motivos de abandono¹⁵.

A origem do comportamento alimentar da criança, se dá por meio dos exemplos e hábitos dos pais e familiares. Para se obter um bom resultado no tratamento, é necessário que exista a cooperação e consciência da gravidade da doença pelos pais e que a alimentação balanceada deve ser oferecida diariamente à criança e toda a família deve participar e incorporar esses novos hábitos ^{15; 16; 17}.

Observamos a importância do ambiente familiar, sua rotina e a responsabilidade dos pais, considerando que o contexto familiar e social em que se educa a criança, os hábitos e o estilo de vida que lhe foram inculcados, são fatores desencadeantes e preponderantes da patologia¹⁸. Portanto, compreender as

variáveis de influência familiar no estilo de vida das crianças associáveis ao controle do peso é fundamental para estruturar as estratégias de intervenção na prevenção e no tratamento do excesso de peso e obesidade pediátrica¹⁹.

Um dado muito importante é que o risco de uma criança obesa tornar-se um adulto obeso aumenta acentuadamente com a idade, uma vez que, estabelecido o número de adipócitos, a perda de peso só se faz à custa de perda de conteúdo lipídico por célula, e não pela diminuição do número de células²⁰.

Na categoria de análise “Criança”, no que tange aos principais pontos que devem ser observados pelo nutricionista no acompanhamento, observaram-se as seguintes subcategorias:

- a) Avaliar e considerar os hábitos da criança;
- b) Entender o início da obesidade (como foi, quem percebeu, como veio ao atendimento-indicação) a alimentação inicial e a amamentação;
- c) Estabelecer as características e recomendações de acordo com a idade da criança, não fazer restrições agressivas;
- d) Adaptar linguagem e estratégias para o tratamento.

No que refere aos motivos de abandono verificou-se:

- a) Imediatismo para resultados;
- b) Frustrações devido intervenções inadequadas ou metas não alcançadas, desestímulo e cansaço;
- c) Comodismo; desânimo por parte dos pacientes e família;
- d) Falta de independência da criança quanto à sua orientação nutricional. A criança não participa das decisões.

No trecho abaixo, podemos visualizar a questão que trata da importância de se considerar a rotina da criança e a mesma inserida na rotina familiar e da sociedade:

“...deve ser considerado a individualidade de cada criança, o meio que ela está inserida, os responsáveis, como que é; não só a rotina da criança perante à sociedade, mas perante a rotina de cada casa...”

Verificamos a necessidade da participação da criança em seu tratamento, pois se a mesma não obtiver independência na tomada de decisões, o acompanhamento não fluirá, ocorrendo frustração e comodismo. Em contrapartida, devemos motivar este paciente, estudo sugere que a motivação é referida como necessária para a adesão a uma alimentação saudável; a permanência nesse quadro alimentar e a manutenção do peso, os fatores de motivação variam de pessoa para pessoa, mas é ponto pacífico que a criança não tem muita capacidade para suportar regimes extremos e, por esse motivo, a taxa de desistência é elevada²¹.

Para tanto, devemos considerar os hábitos de vida e alimentares desta criança utilizando uma linguagem adequada a fim de sensibilizar o paciente; segundo Sedas ¹⁷, existem vários tipos de abordagem de tratamento da obesidade e essas pressupõem participação efetiva e ativa da criança.

A intervenção da família é fundamental no tratamento, como já exposto, pela capacidade de reorientar as atitudes e o comportamento; porém, estudos indicam grande sucesso terapêutico para crianças que, além das diretrizes dos pais e do profissional, se dirigiram por suas próprias iniciativas¹⁷.

Vale lembrar que o profissional responsável por esse tratamento, deve identificar precocemente a criança com excesso de peso e iniciar o tratamento com a ajuda de uma equipe multidisciplinar^{22; 23}.

O aconselhamento durante o tratamento do excesso de peso deve ter em linha de conta as alterações do comportamento alimentar e dos aspectos psicoafetivos. A criança tem que ser conscientizada de que o excesso de peso só pode ser revertido se houver mudanças em seu estilo de vida¹⁸.

As atitudes e comportamentos alimentares são resultantes de um longo processo de socialização e desenvolvimento, aprendidos no seio familiar e sujeito à influência dos pares²⁴.

Na categoria de análise “Profissional”, as subcategorias a seguir esclarecem os principais pontos que devem ser observados pelo nutricionista no atendimento:

- a) Estabelecer metas de tratamento possíveis e curtas, trabalhando com as dificuldades da criança;
- b) Iniciar o tratamento com mudanças comportamentais, incluindo aos poucos alimentos e mudanças;
- c) Não focar perda de peso e sim mudança de hábito;
- d) Mostrar-se acessível criando um vínculo de confiança, incluindo o paciente no tratamento, respeitando seu ritmo e amadurecimento para, assim, efetivar novas recomendações;
- e) Trabalhar o papel do nutricionista: o profissional é responsável por transmitir a orientação e também inseri-las e adaptá-las;
- f) Não trabalhar com dieta fechada (cardápio), modelo ineficaz, principalmente com crianças;
- g) Orientar preparo e compra.

No tocante ao abandono, as subcategorias a seguir, foram citadas:

- a) Tratamento e estratégias inadequadas;
- b) Profissional não consegue “entender o contexto” do paciente, falta de empatia e de vínculo;
- c) Objetiva mudanças irreais, não trabalha o possível nem as dificuldades;
- d) Proibições;
- e) Enfoque no peso;
- f) Ansiedade em trabalhar tudo em um dia só.

O trecho do depoimento a seguir torna clara a questão da abordagem inadequada do profissional e sua interferência na adesão ao tratamento:

“...que a dificuldade em mudar hábitos frustra..., frustra os pacientes e eles acabam abandonando;

acho que, às vezes, o profissional não consegue acessar bem o que quê, quais as dificuldades do paciente, então passa metas irreais, metas muito radicais...”

Entendemos, portanto, que um dos principais motivos de abandono seria a questão da abordagem inadequada do profissional; referenciamos Bricarello et al²⁵ que elucida a questão concluindo que a abordagem nutricional inicial deve abranger princípios e orientações básicas²⁵.

O Nutricionista tem um papel educativo em um processo que envolve o desenvolvimento de relação de confiança e ajuda entre o profissional e o paciente e a realização de educação nutricional planejada utilizando estratégias adequadas de ação^{25; 26}.

Regimes rígidos são contraindicados, pois levam à perda de tecido muscular e à diminuição da velocidade do crescimento²⁷.

O ideal é manter o peso, mais do que perder, para não comprometer o crescimento^{28; 29; 30}.

Diminuir o consumo de alimentos e preparações hipercalóricas já é o suficiente para a redução de peso³⁰.

Na categoria de análise “Preconceito”, verificou-se a subcategoria a seguir, quando é focado o atendimento nutricional:

- a) Considerar e trabalhar com preconceito.

As subcategorias a seguir, evidenciam os motivos de abandono de tratamento:

- a) Considerar preconceitos em casa, tratar a criança como um ser isolado, diferença entre os filhos;
- b) Preconceito também com relação ao trabalho do profissional, imagem equivocada do profissional, falta de compreensão do trabalho do nutricionista.

O trecho destacado a seguir esclarece a questão do preconceito em casa com a criança obesa:

“Lidar às vezes com preconceitos...mesmo dentro de casa, discriminação dos filhos, um filho é obeso e o outro não... às vezes compra um alimento para um e o outro não...; então lembrar que... todos deveriam comer da mesma maneira, e não ter uma dieta específica pr’aquela criança...”

O preconceito é algo que interfere de modo negativo no universo emocional da criança, prejudicando o tratamento. São frequentes os agravos psicossociais como; baixa autoestima, imagem corporal negativa, e ansiedade, o que desencadeia a compulsão alimentar como mecanismo de refúgio ou defesa.^{18; 31; 32; 33}

Na categoria “Qualidade do serviço prestado”, nos pontos

importantes que devem ser observados no acompanhamento nutricional, destacou-se a subcategoria apresentada a seguir:

a) Necessidade da existência de equipe multiprofissional.

As subcategorias citadas a seguir, demonstram os motivos de abandono:

- a) Falta de protocolos adequados de atendimento;
- b) A utilização da dieta, como ferramenta de trabalho, modelo de abordagem tradicional é ineficaz, ou a utilização de dietas muito restritivas;
- c) Falta de equipe multidisciplinar;
- d) Falta de interação entre os profissionais envolvidos no atendimento da criança.

Este trecho explica uma das subcategorias citadas, a questão da utilização do modelo tradicional de abordagem nutricional, a dieta:

“...eu não trabalho com dieta, eu não acredito na dieta...eu acho muito pouco eficiente e impessoal eu passar uma dieta para essa criança... esse modelo tradicional de abordagem, eu acho que ele é desestimulante e que contribui muito com o abandono, tanto da criança quanto do pai em não trazer mais a criança para o tratamento. Então esse, eu acho, é um dos principais motivos; eu acho que a dieta fracassa, eu acho difícil de aderir, principalmente para uma criança.”

As estratégias de intervenção que visam tratar o excesso de peso de uma criança devem dar preferência a equipes multidisciplinares, envolvendo também, todo agregado familiar com vista a mudanças no estilo de vida, iniciando um processo de mudança de comportamento, o trabalho não se reduz a cuidar das mudanças de hábitos alimentares, já que inclui a vida das pessoas e seus vínculos afetivos familiares e sociais. Representa um processo dinâmico e reconstrutivo de um novo estilo de vida, pelo qual todo o processo de prevenção e intervenção deve levar em conta a saúde e bem-estar físico e psicológico do indivíduo, no caso, a criança¹⁸.

Considerando a questão “dieta”, podemos destacar que o termo alimentação saudável tem uma representação mais positiva em relação à adesão; a representação de dieta estava vinculada à vontade de comer mais, perda de liberdade e prazer, o que pode desencadear raiva e tristeza³⁴.

Enfatizamos também a necessidade de ferramentas específicas para o tratamento; podemos citar que vários estudos sobre a obesidade pediátrica indicaram a necessidade de criação de fontes específicas para a obtenção de conhecimentos para tratamento da obesidade e os profissionais receberem mais treinamento^{35; 36}. Sendo assim, o desenvolvimento de estratégias de prevenção, de aconselhamento e de intervenção na obesidade pediátrica são de extrema importância¹⁸.

Na categoria de análise “Modo de vida contemporâneo”

J. Health Biol Sci. 2015; 3(3):151-158

observamos as subcategorias:

- a) Dependência física da criança chegar ao local de atendimento;
- b) Mitos em relação ao tratamento e alimentação.

Os mitos com relação à alimentação são considerados alguns dos grandes alicerces que sustentam diversas questões ligadas ao ato de se alimentar e suas possíveis mudanças; enfatizamos, portanto, que a alimentação pode ser analisada sob várias perspectivas:

1. Econômica: entre outros, a renda da família é um dos principais componentes;
2. Nutricional: enfoque nos constituintes dos alimentos e
3. Cultural: interessada nos gostos, hábitos, preferências e mitos é o aspecto simbólico da alimentação.

Não se pode deixar de levar em consideração as relações entre o homem e seu meio, suas crenças e mitos quando se fala em alimentação, e a necessidade de disponibilidade dos pais ou familiares em se comprometer a trazer seus filhos às consultas, lembrando-lhes sempre sua importância^{18; 37}.

Limitações do estudo

O objetivo principal do presente estudo foi a criação de um protocolo de atendimento para o acompanhamento de crianças com sobrepeso e obesidade; nesse processo, levaram-se em consideração algumas limitações, como: a pesquisa foi realizada com alguns profissionais de instituições que foram selecionadas para o estudo; portanto, seus resultados evidenciam a opinião crítica deste grupo especificamente; dessa forma, os resultados encontrados não podem ser estendidos a todos os nutricionistas que atuam em obesidade pediátrica.

Outro fator, que é considerado limitante, seria o fato de a pesquisa ter se desenvolvido somente no município de São Paulo.

Por fim, mesmo com suas limitações a metodologia da pesquisa permitiu-nos criar esta ferramenta, o protocolo, que embora ainda não tenha sido testado, o processo pelo qual foi elaborado nos permitiu construí-lo, e ele poderá vir a ser utilizado por profissionais de saúde atuantes em obesidade pediátrica.

Por conseguinte, o estudo em questão e seu protocolo ficam disponíveis para que outras pesquisas possam realizar outros projetos de intervenção.

CONCLUSÃO

Podemos concluir que a obesidade, doença complexa e multifatorial, deve ser abordada considerando os seguintes aspectos: (1) “Família”, em sua dinâmica, estrutura, conscientização da doença e ambiente. (2) “Criança”, com a avaliação dos hábitos, preferências, costumes, amamentação e início da obesidade. (3) “Profissional”, considerando metas curtas e possíveis no tratamento, mudanças comportamentais e de hábito de vida e alimentares, favorecer a criação de vínculos com o paciente e seus familiares. (4) “Qualidade dos serviços

prestados”, com a participação de equipe multiprofissional e a utilização de ferramentas adequadas e (5) “Preconceito”, um item importante que deve ser considerado.

Na perspectiva do Abandono: (1) Por parte da família: dificuldade de envolvimento no tratamento e falta de percepção da doença. (2) Por parte dos pacientes: tratamento longo, desestímulo, frustração e comodismo e (3) Por parte do profissional: tratamentos inadequados que objetivam metas irreais; a falta de habilidade do profissional para desenvolver a estratégia adequada e também empatia e confiança com seu paciente; o enfoque do peso e as pressões no acompanhamento; a utilização de proibições e cobranças; não considerar e trabalhar as dificuldades.

Tais aspectos são capazes de estruturar e sustentar o protocolo de atendimento à criança obesa, objetivado pela presente pesquisa. Tal ferramenta é capaz de dar direção e suporte a todo profissional de saúde; nutricionistas, pediatras, enfermeiros, psicólogos, que venham a desenvolver atendimento em obesidade pediátrica.

O protocolo configura o “primeiro passo” para dar início à maior análise e para que outros profissionais atuantes em obesidade se norteiem para novas pesquisas, de primordial importância na área de saúde; como forma de continuidade ao estudo sugere-se, também, a aplicação prática do referido protocolo.

REFERÊNCIAS

- Kochi C, Monte O. Epidemia de alta complexidade e graves conseqüências: Obesidade infantil. *Nutrição Profissional*. 2006; 6(2): 14-8.
- Barreto SM, Pinheiro ARO, Sichieri R, Monteiro CA, Batista Filho M, Schmidt MI, et al. Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde da Organização Mundial da Saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2005 Jan-Mar; 14 (1): 41-68.
- Butte NF, Cai G, Cole SA, Comuzzie AG. Viva la Familia Study: genetic and environmental contributions to childhood obesity and its comorbidities in the Hispanic population. *Am J Clin Nutr*. 2006 Sep; 84 (3): 646-54. PubMed: 16960181.
- Mello ED, Luft VC, Meyer F. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? *J Pediatr*. 2004; 80 (3): 173-82.
- Romualdo MCS. Estado nutricional e fatores de risco cardiovascular em crianças da zona oeste do município de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2009.
- Vine M, Hargreaves MB, Briefel RR, Orfield C. Expanding the role of primary care in the prevention and treatment of childhood obesity: a review of clinic- and community-based recommendations and interventions. *J Obes*. 2013 Jan; 2013: 1-17. doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/172035>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 2ª ed. 4.ª reimpressão. Série B. Textos Básicos de Saúde Brasília – DF.
- Haemer M, Cluett S, Hassink S G, Liu L, Mangarelli C, Peterson T, et al. Building capacity for childhood obesity prevention and treatment in the medical community: call to action. *Pediatrics*. 2011 Sep; 128(2): S71-S77. doi: 10.1542/peds.2011-0480G.
- Holt N, Schetzina KE, Dalton WT, Tudiver F, Fulton-Robinson H, Wu T. Primary care practice addressing child overweight and obesity: a survey of primary care physicians at four clinics in southern Appalachia. *South Med J*. 2011 Jan; 104 (1): 14-9. doi: 10.1097/SMJ.0b013e3181fc968a. PubMed PMID: 2119559.
- Jacobson DL, Gance-Cleveland B. A systematic review of primary healthcare provider education and training using the chronic care model for childhood obesity. *Obes Rev*. 2011 May; 12 (501): e244-e256. doi: 10.1111/j.1467-789X.2010.00789.x.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 3. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO; 1994.
- Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
- Rocha D, Deusdará B. Análise de conteúdo e análise de discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória. *Alea*. 2005 Jul-Dez; 7(2): 305-22. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-106X2005000200010>.
- Dicionário Editora Língua Portuguesa. Porto: Porto; 2014.
- Soares LD, Petroski EL. Prevalência, fatores etiológicos e tratamento da obesidade infantil. *Revista bras cineantropom desempenho hum*. 2003; 5 (1): 63-74.
- Halpern ZSC. Obesidade infantil. uma revisão prática. *Rev Bras Nutr Clin*. 2000; 15 (3): 391-94.
- Sedas VMG. Fatores de sucesso e de insucesso no tratamento de excesso de peso e obesidade em adolescentes. Barcarena: Universidade Atlântica: 2011.
- Vaz A, Silva D, Rego C, Viana V. Determinantes comportamentais em crianças e adolescentes com diagnóstico de obesidade. *Revista da SPCNA*. 2010; 16(2): 31-6.
- Brazão N, Santos O. Transgeracionalidade na obesidade infantil. *Rev Endocrinologia, Diabetes e Obesidade*. 2010 Abr-Jun; 4(2): 87-94.
- Escrivão MAMS, Lopez FA. Obesidade: conceito, etiologia e fisiopatologia. In: Nóbrega FJ, editor. *Distúrbios da nutrição*. Rio de Janeiro: Revinter; 1998. P.381-83.
- Low S, Chin M, Deurenberg-Yap, M. Review on epidemic of obesity. *Ann Acad Med Singapore*. 2009 Jan; 38(1): 57-9.
- Neumark SD, Jess H, Ramona ROB, Peter JH, Michael R, Bonnie M, Christine AP. A theater-based obesity prevention program for children: a feasibility study. *Health Educ Res*. 2009 Jun; 24(3): 407-20. doi: 10.1093/her/cyn036.
- Kelly KP, Kirschenbaum DS. Obesity Management - Immersion treatment of childhood and adolescent obesity: the first review of a promising intervention - obesity reviews. 2011; 12: 37-49.
- Silva D, Vaz A, Rego C, Dias C, Azevedo LP, Guerra A. Avaliação de atitudes e comportamentos alimentares em crianças e adolescentes obesos referenciados a uma consulta hospitalar vs. uma comunidade escolar. *Rev Port Endocrinol, Diabetes Metab*. 2014; 9(2): 111-15. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpedm.2014.09.001>.
- Bricarello LP, Castro AGP. Aspectos bioéticos ligados ao diagnóstico e tratamento da obesidade realizado por nutricionista. *Bioethikos*. 2011; 5(3): 317-27.
- Iuliano BA, Cervato-Mancuso AM, Gambardella AMD. Educação nutricional em escolas de ensino fundamental do município de Guarulhos-SP. *O Mundo da Saúde*. 2009; 33(3): 264-72.
- Escrivão MAMS, Oliveira FLC, Taddei JAAC, Lopez FA. Obesidade exógena na infância e na adolescência. *J Pediatr*. 2000; 76(Supl 3): 305-10.
- Klish WJ. Childhood obesity. *Pediatr Rev*. 1998 Sep; 19(9): 312-15. PubMed

PMID: 9745315.

29. Dietz WH, Childhood weight affects adult morbidity and mortality. *J Nutr.* 1998 Feb; 128 (Suppl 2): 411s-14s. PubMed PMID: 9478038.

30. Edmunds L, Waters E, Elliot EJ. Evidence based paediatrics: evidence based management of childhood obesity. *BMJ.* 2001 Oct; 323 (7318): 916-19. PubMed PMID: 11668139.]

31. Grimaldi R. Uma abordagem psicodramática na obesidade infantil. *Nutrição Profissional.* 2006; 6(2): 46-50.

32. Trecco SMLSS. Atendimento à obesidade infantil no ambulatório do HCFMUSP. *Nutrição Profissional.* 2006; 6(2): 40-5.

33. Urasaki R, Ribeiro SML. O papel da atividade física na obesidade infantil.

Nutrição Profissional. 2006; 6(2): 21-30.

34. Peres DS, Franco LJ, Santos MA. Eating behavior among type 2 diabetes women. *Rev Saúde Pública.* 2006 Abr; 40(2): 310-17. PubMed PMID: 16583043.

35. Barlow SE, Dietz WH. Management of child and adolescent obesity: summary and recommendations base on reports from pediatricians, pediatric nurse practitioners and registered dietitians. *Pediatrics.* 2002 Jul; 110 (1 Pt 2): 236-38. PubMed PMID: 12094001.

36. Liberatore Junior RDR, Santos LR. Crianças e adolescentes obesos. Estamos capacitados para atendê-los? *Rev Paul Pediatría.* 2006; 24(1): 52-6.

37. Oliveira SP, Thébaud-Mony A. Estudo do consumo alimentar: em busca de uma abordagem multidisciplinar. *Rev Saúde Pública.* 1997 Abr; 31(2): 201-08. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101997000200015>

Como citar este artigo/How to cite this article:

Santiago LAC, Nobrêga FJ. Elaboração de protocolo para atendimento nutricional de crianças obesas ou com sobrepeso. *J Health Biol Sci.* 2015 Jul-Set; 3(3):151-158.

APÊNDICE: PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À CRIANÇA OBESA OU COM SOBREPESO

1) No primeiro contato com o paciente, o nutricionista deve iniciar o atendimento com uma anamnese que contemple as informações básicas iniciais. A anamnese não deve ser muito extensa e deve envolver questões como amamentação, alimentação inicial complementar e a compreensão do histórico do excesso de peso do paciente. Deve, também, iniciar uma breve avaliação dos hábitos e preferências alimentares da criança e da família, a disponibilidade de alimentos, os alimentos e preparações habitualmente consumidos, o local em que são feitas as refeições, quem as prepara e administra, as atividades habituais da criança, a ingestão de líquidos nas refeições e os intervalos entre elas, e os tabus e crenças alimentares, pontuando mudanças básicas iniciais.

2) A primeira consulta é para um primeiro e simples contato. O nutricionista deve evitar a supervalorização do primeiro contato e a ansiedade em orientar um excesso de hábitos e comportamentos que devem ser mudados pelo paciente. O principal é conhecer seu paciente e “sentir” como é o ambiente familiar e o papel desempenhado pelos pais; a disponibilidade, a consciência da gravidade da doença, o entendimento e o envolvimento no acompanhamento, a dinâmica, a estrutura e a rotina familiar. Com a criança, envolvê-la despertando interesse na reeducação alimentar, com desenhos e jogos que enfatizem uma alimentação saudável; conhecer e considerar seus hábitos e preferências. Junto a toda a família, enfatizar que o mais importante e primordial é que todos participem, entendam e incorporem os novos hábitos.

3) O mais adequado é o atendimento que objetiva mudanças comportamentais. Assim, o nutricionista deve, na primeira consulta e também nos retornos, avaliar todos os pontos nutricionais e de hábitos de vida da criança e então ponderar as primeiras e principais mudanças, orientando a criança e seus responsáveis; a cada consulta deve pontuar e frisar as orientações da consulta passada e só renovar as orientações quando as primeiras tiverem sido incorporadas. O profissional deve, a cada consulta, apresentar no máximo três orientações nutricionais que contemplem as questões relativas à quantidade e à qualidade dos alimentos; por exemplo, porções de nutrientes como cálcio e ferro, a escolha mais saudável de determinados tipos de alimento, e assim por diante. No que tange às mudanças de hábito de vida, o ideal é que se objetive uma a duas mudanças, como nos horários ou em algumas atividades.

Em resumo, o acompanhamento nunca deve focar na perda de peso e, sim, nas mudanças alimentares e comportamentais e deve ser a longo prazo.

4) Quanto às orientações: o profissional não deve utilizar um cardápio ou uma dieta fechada, calculada e restrita nutricionalmente para uma criança, por dois motivos muito importantes: o desenvolvimento e o crescimento da criança e também no fato de que a forma abordagem tradicional da nutrição, a dieta, se torna ineficaz, principalmente se o atendimento é à uma criança.

5) O nutricionista deve traçar seu plano de ação para o

atendimento, apontar junto ao paciente os aspectos que podem ser valorizados e estimulados por já fazerem parte do cotidiano alimentar e de vida, e os aspectos que precisarão ser transformados, escolhendo estratégias viáveis para serem incorporadas pelo paciente e sua família em seu dia a dia, conforme seu diagnóstico clínico nutricional.

6) Atentar também para a linguagem, que deve ser clara e simples, sem a utilização de termos técnicos. Mais importante do que responder às questões da anamnese, o profissional deve ter a habilidade de “ler” e entender a real necessidade de seu paciente; deve mostrar-se acessível e desenvolver empatia e confiança com seu paciente, familiares e acompanhantes, os quais devem estar cientes e ciosos de sua importância no tratamento. Em todas as consultas, o paciente deve vir acompanhado de, pelo menos, um de seus responsáveis.

7) O nutricionista deve sempre trabalhar com metas reais e nunca lançar mão de proibições ou utilizar-se de autoritarismo. Ele deve ser capaz de perceber e trabalhar as dificuldades de seu paciente e também dos responsáveis.

8) O nutricionista deve, também, conseguir mostrar seu real papel dentro do contexto do tratamento, o qual deve envolver uma equipe multiprofissional, com cada um desempenhando seu papel na abordagem de todo o processo, onde deve ocorrer parceria e troca de informações entre os profissionais, a respeito dos avanços e necessidades de cada paciente. Deve ter em mente que ele não é só responsável por transmitir a informação nutricional, mas também conseguir colocá-la em prática junto a seu paciente, mesmo que demore e seja necessário mudar várias vezes de estratégia.

9) Aspectos psicológicos como; compulsão, ansiedade, depressão e preconceitos devem ser considerados pelo nutricionista e são de fundamental importância para que consiga compreender seu paciente e familiares, suas necessidades e angústias, para assim, poder prosseguir com o tratamento; daí a necessidade de uma equipe multiprofissional que seja composta, também, por um profissional psicólogo, entretanto, na impossibilidade de uma equipe completa, pelo menos este profissional nutricionista deve ser amparado pelo pediatra da criança e ter acesso à orientações de um psicólogo e seu paciente; para tanto deve dialogar e avaliar o máximo possível, de forma a se tornar acessível e criando um vínculo com o paciente e responsáveis.

10) O nutricionista deve ser rigoroso, porém flexível; deve cobrar, mas com cautela, sabendo ser ponderado e perceber quando é necessário analisar e, com paciência, avaliar as razões do não avanço no tratamento, sempre parabenizando e estimulando os pacientes e os familiares até nos pequenos progressos.

11) Como o nutricionista está lidando com um paciente pediátrico, um fator importante também seria a orientação na compra e no preparo dos alimentos, disponibilizando receitas com baixo valor calórico que possam substituir as receitas tradicionais.