



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
CURSO DE MEDICINA

CARMÉLIA CAMILLE BALLARDIN GEARA

**A VISÃO DE PACIENTES OBESOS MÓRBIDOS SOBRE OS DETERMINANTES DE
ORIGEM FAMILIAR E SUAS INFLUÊNCIAS EM SEUS ESTADOS NUTRICIONAIS**

PASSO FUNDO - RS

2021

CARMÉLIA CAMILLE BALLARDIN GEARA

**A VISÃO DE PACIENTES OBESOS MÓRBIDOS SOBRE OS DETERMINANTES DE
ORIGEM FAMILIAR E SUAS INFLUÊNCIAS EM SEUS ESTADOS NUTRICIONAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação
apresentado como requisito parcial para obtenção de
título de médico da Universidade Federal da
Fronteira Sul – Campus Passo Fundo.
Orientador: Prof. Me. Rogerio Tomasi Riffel
Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Athany Gutierrez

PASSO FUNDO - RS

2021

Geara, Carmélia Camille Ballardin
A VISÃO DE PACIENTES OBESOS MÓRBIDOS SOBRE OS
DETERMINANTES DE ORIGEM FAMILIAR E SUAS INFLUÊNCIAS EM
SEUS ESTADOS NUTRICIONAIS / Carmélia Camille Ballardin
Geara. -- 2020.
72 f.

Orientador: Mestre Rogerio Tomasi Riffel
Co-orientadora: Doutora Athany Gutierres
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -
Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de
Bacharelado em Medicina, Passo Fundo, RS, 2020.

1. OBESIDADE. I. Riffel, Rogerio Tomasi, orient. II.
Gutierres, Athany, co-orient. III. Universidade Federal
da Fronteira Sul. IV. Título.

CARMÉLIA CAMILLE BALLARDIN GEARA

A VISÃO DE PACIENTES OBESOS MÓRBIDOS SOBRE OS DETERMINANTES DE ORIGEM FAMILIAR E SUAS INFLUÊNCIAS EM SEUS ESTADOS NUTRICIONAIS

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação apresentado como requisito parcial para obtenção de título de médico da Universidade Federal da Fronteira Sul – Campus Passo Fundo.
Orientador: Prof. Me. Rogerio Tomasi Riffel
Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª. Athany Gutierrez

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi defendido e aprovado pela banca em:

___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof.

Prof.

Prof.

Dedico esse trabalho a todos que tornam mais leve o
meu caminho durante a faculdade.

AGRADECIMENTOS

Ao longo dos anos, aprendi que dedicação, esforço, disciplina não têm necessariamente relação com um processo individual. Aprendi que é desnecessário querer executar todas as atividades sem ajuda, quando há mais pessoas em condições de contribuir. A contribuição dos outros somente enriquece o processo, e em nenhum momento demonstra fraqueza ou incapacidade de quem solicita ajuda. Sendo assim, esse trabalho só foi possível com o apoio de muitas pessoas as quais eu faço questão de agradecer.

Primeiramente, agradeço aos meus pais, pelo apoio incondicional. A essa universidade, ao corpo docente e discente e à direção pela oportunidade de realizar esse trabalho.

Nesse momento, meu agradecimento mais que especial à minha querida professora e coorientadora Athany Gutierrez. Impossível descrever a habilidade em me acalmar em cada etapa do processo. Acalmar de verdade. Demonstrando confiança e afeto, e não apenas dizendo frases soltas de que tudo daria certo. Em cada etapa, me demonstrou que o maior significado da palavra força é união.

Aos meus amigos por todo incentivo e sinalizações do quanto eu podia aprender com esse trabalho e da importância dele tanto para mim quanto para todos que se dispuserem a refletir sobre o assunto.

A todos vocês, o meu muitíssimo obrigada e gratidão.

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso de graduação em Medicina pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), campus Passo Fundo/RS, foi elaborado de acordo com o Manual de Trabalhos Acadêmicos da instituição e com o Regulamento de Trabalho de Conclusão de Curso. Apresenta os resultados referentes à visão de pacientes obesos mórbidos, os quais estão em acompanhamento de pré-cirurgia bariátrica em um ambulatório do interior do Rio Grande do Sul, sobre os determinantes de origem familiar e suas influências em seus estados nutricionais. A versão final do trabalho é composta pelo projeto de pesquisa, relatório de atividades e artigo científico e foi elaborada pela acadêmica Carmélia Camille Ballardin Geara sob orientação do Prof. Me. Rogerio Tomasi Riffel e da coorientadora Prof^a. Dr^a. Athany Gutierrez. O trabalho foi desenvolvido e escrito ao longo do 5º, 6º e 7º semestres do curso, nos Componentes Curriculares de Pesquisa em Saúde, Trabalho de Conclusão de Curso I e Trabalho de Conclusão de Curso II, nos semestres de 2019/02, 2020/01 e 2020/02, respectivamente. Durante o componente curricular Pesquisa em Saúde foi elaborado o projeto de pesquisa o qual, posteriormente, foi submetido à Secretaria Municipal de Saúde e ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS, sendo a coleta iniciada no componente de Trabalho de Conclusão de Curso I somente após a aprovação do projeto em ambas as instâncias. Já no componente curricular de Trabalho de Conclusão de Curso II, será feito o agrupamento dos dados, a análise do conteúdo e a elaboração do artigo científico de acordo com as normas da revista a ser determinada. Esse trabalho visa à compreensão dos determinantes de origem familiar e suas influências no estado nutricional sob uma perspectiva mais subjetiva, a fim de orientar melhor a população e reduzir o número de casos extremos que necessitam de cirurgia bariátrica por meio da orientação adequada de hábitos saudáveis de vida.

Palavras-chave: Interação Pais-Filho. Hábitos Alimentares. Obesidade mórbida. Endocrinologia.

ABSTRACT

The Final Paper (TCC) for the Medical School at the Federal University of Fronteira Sul (UFFS), Passo Fundo/RS campus, was prepared according to the Institution's Academic Works Manual and the Final Paper Regulations. It presents the results regarding the vision of morbidly obese patients, who are being followed up by pre-bariatric surgery in an outpatient clinic in the interior of Rio Grande do Sul, on the determinants of family origin and their influences on their nutritional states. The final version of the work consists of the research project, the activity report and the scientific article, and was prepared by the undergraduate student Carmélia Camille Ballardin Geara under the guidance of Professor Rogerio Tomasi Riffel and co-orientation of Professor Athany Gutierrez, PhD. The work was developed and written over the 5th, 6th and 7th semesters of the course, in the Curricular Components of Health Research, Final Paper I and Final Paper II, in the semesters of 2019/02, 2020/01 and 2020/02, respectively. During the curricular component of Health Research, the research project was elaborated, which was subsequently submitted to the Municipal Health Department and to the Ethics Committee on Research with Human Beings at UFFS, with the data collection starting during the Final Paper I only after approval of the project in both instances. In the curricular component of Final Paper II, the data will be grouped, content will be analyzed and the scientific article will be prepared according to the journal's rules to be determined. This work aims to understand the determinants of family origin and their influences on nutritional status from a more subjective perspective in order to better guide the population and reduce the number of extreme cases that require bariatric surgery through the proper guidance of healthy lifestyle habits.

Keywords: Parent-child interaction. Eating habits. Morbidly obese. Endocrinology.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	DESENVOLVIMENTO	12
2.1	PROJETO DE PESQUISA	12
2.1.1	Resumo	12
2.1.2	Tema	12
2.1.3	Problema	12
2.1.4	Objetivo	12
2.1.5	Justificativa	13
2.1.6	Referencial Teórico	13
2.1.7	Metodologia	17
2.1.7.1	Tipo de Estudo	17
2.1.7.2	Local e período de realização	17
2.1.7.3	População e Amostragem	17
2.1.7.4	Variáveis, instrumentos de coleta de dados e logística	18
2.1.7.5	Processamento, controle de qualidade e análise de dados	19
2.1.7.6	Aspectos Éticos	20
2.1.8	Recursos	21
2.1.9	Cronograma	21
2.1.10	Referências	21
	APÊNDICES	25
	APÊNDICE 1 – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	25
	APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE	26
	ANEXOS	29
	ANEXO 1 – CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL	29
2.2	RELATÓRIO DE PESQUISA	30
2.2.1	Apresentação	30
2.2.2	Desenvolvimento	30
2.2.2.1	Seleção e treinamento dos entrevistadores	31

2.2.2.2	Logística da coleta de dados	31
2.2.2.3	Período da coleta de dados	32
2.2.2.4	Perdas e recusas	32
2.2.2.5	Controle de qualidade dos dados	32
3.	ARTIGO CIENTÍFICO	34
4.	ANEXOS	63
4.1	ANEXO 1 – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	63
4.2	ANEXO 2 – PARECER DE APROVAÇÃO DO PROTOCOLO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	64
4.3	ANEXO 3 – ACEITE DE ORIENTAÇÃO E COORIENTAÇÃO	67
4.4	ANEXO 4 – NORMAS DA REVISTA	68

1 INTRODUÇÃO

A obesidade é definida pelo acúmulo excessivo de gordura corporal e pelo prejuízo à saúde do indivíduo. Isso é resultante do desequilíbrio entre a energia ingerida e a utilizada, de origem multifatorial, incluindo, fatores genéticos, socioeconômicos, biológicos, psicológicos e ambientais (HALPERN, 2001). A Organização Mundial de Saúde (OMS) utiliza o Índice de Massa Corporal (IMC) para diagnosticar e classificar a obesidade da população. O índice é obtido a partir da relação entre peso corpóreo (kg) e estatura (m)² dos indivíduos em que divide-se o peso do paciente pela sua altura elevada ao quadrado. A OMS convencionou chamar de sobrepeso o IMC de 25 a 29,9 kg/m², de obesidade grau I o IMC de 30,0 a 34,9 kg/m², de obesidade grau II o IMC de 35,0 a 39,9 kg/m² e de obesidade grau III o IMC maior que 40 kg/m² diretamente relacionada ao aumento da mortalidade e à ocorrência de diversas doenças associadas, como, por exemplo, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, doenças cérebro-vasculares, diabetes mellitus tipo 2, câncer, osteoartrite, aumento de triglicérides, aumento de colesterol, cálculos na vesícula, diminuição de HDL, aumento de insulina, intolerância à glicose, distúrbios menstruais, infertilidade, apneia do sono.

Considerando que a obesidade é uma condição crônica causada por múltiplos fatores, o adequado tratamento envolve um acompanhamento multiprofissional para reduzir o peso e tratar as doenças associadas, além da prática de exercícios físicos. Em casos mais complicados, a cirurgia bariátrica é aconselhada, mas o paciente precisa atender a diversos critérios de indicação, além de esperar em torno de quatro a seis anos, tempo estimado pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM) para realizar a cirurgia no sistema público de saúde. O tempo tão longo se justifica pelos dados da SBCBM de que o número de cirurgias bariátricas cresceu 84,73% entre 2011 e 2018. O número de cirurgias bariátricas realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) saltou de 5.370 procedimentos em 2011 para 11.402 em 2018, um aumento de 112,33% em oito anos. O custo da obesidade no Brasil está estimado em R\$ 84.3 bilhões/ano. Esses números alarmantes dimensionam a dificuldade para resolver o problema da obesidade.

A última Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) publicada em 2018 pelo Ministério da Saúde divulgou dados importantes para a compreensão do comportamento da obesidade no Brasil. O percentual de homens acima de 18 anos com excesso de peso está acima de 50% em todas capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. Em relação as mulheres, o percentual fica

acima de 42%. No conjunto das 27 cidades, a frequência de excesso de peso foi de 54%, sendo maior entre homens (57,3%) do que entre mulheres (51,2%). Aliado a Vigitel é desenvolvido um plano que aborda os quatro principais grupos de doenças crônicas não transmissíveis (circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e seus fatores de risco em comum modificáveis (tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade) e define diretrizes e ações. Das oito metas estabelecidas pelo Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), cinco estão sendo atingidas: redução da mortalidade prematura (30-69 anos) por DCNT; redução da prevalência de tabagismo; aumento de mamografia em mulheres de 50-69 anos de idade nos últimos dois anos; elevação da prevalência da prática de atividade física no tempo livre e; ampliação do consumo recomendado de frutas e hortaliças. Já o aumento do papanicolau em mulheres de 25-64 anos de idade nos últimos três anos para 85%; a redução do consumo abusivo de bebidas alcoólicas em 10% e a contenção do crescimento da obesidade em adultos ainda são metas distantes de serem atingidas. Com esses dados, fica claro que apenas a ampliação do consumo de alimentos saudáveis e a elevação da prevalência da prática de atividade física não são suficientes para conter o crescimento da obesidade, por isso é imprescindível estudar que outros fatores podem desencadear a obesidade, como, por exemplo, os determinantes de origem familiar.

De acordo com Zavaschi, et al. (2019, p.502)

Devido à dependência de cuidadores, própria dos bebês, a alimentação torna-se um processo que resulta da interação entre o adulto e a criança. Certas práticas dos pais ao darem comida para seus bebês estão associadas a comportamentos alimentares inadequados, por exemplo, uso de TV ou tablets durante a refeição, insistência diante da recusa alimentar da criança, brincadeiras durante a refeição, entre outras. Esses achados levantam a seguinte questão: os transtornos alimentares da primeira infância devem ser considerados problemas da criança ou da relação?

A partir dessa análise que indica a influência dos cuidadores no estado nutricional das crianças juntamente aos dados anteriores de que, apesar da ampliação do consumo recomendado de frutas e hortaliças, não há contenção do crescimento da obesidade evidencia-se a origem multifatorial da doença e demonstra a necessidade de que sejam incorporadas ações direcionadas para prevenção e controle. A maioria dos estudos desenvolvidos, até o momento, sobre essa problemática são quantitativos e revelam que o risco de uma criança ter sobrepeso é 3,19 vezes maior se a mãe também apresentar sobrepeso, em relação à mãe com baixo peso. Outro estudo mostrou que o fato de a mãe não trabalhar fora de casa colabora para

que a criança seja até 82% mais ativa do que a criança cuja mãe trabalha fora de casa. Mais um estudo da área concluiu que as crianças que abandonaram a mamadeira após os 2 anos de idade têm 17% mais chances de serem menos ativas do que as crianças que deixaram de mamar na mamadeira antes dos 2 anos de idade. Com esses dados, já é possível constatar a influência dos pais. Por isso, esse trabalho visa expandir e investigar os determinantes de origem familiar e suas influências no estado nutricional dos pacientes com obesidade mórbida, todavia sob uma perspectiva mais subjetiva para que se obtenha novas informações relevantes ao tratamento da obesidade o qual exige articulação intersetorial e multiprofissional.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 PROJETO DE PESQUISA

2.1.1 Resumo

Trata-se de uma pesquisa do tipo qualitativa a ser realizada ao longo de dez meses e tendo como sujeitos da pesquisa pacientes em acompanhamento de pré-cirurgia bariátrica no Ambulatório de Qualidade de Vida, junto à Unidade Básica de Saúde Nonoai. O objetivo da pesquisa é estudar os determinantes de origem familiar e as influências no estado nutricional de pacientes obesos mórbidos. Os dados serão coletados por meio de um roteiro para entrevista semiestruturada com intuito de obter as seguintes informações do entrevistado: idade, gênero, peso, altura, classificação socioeconômica, determinantes de origem familiar, influências para o ganho excessivo de peso. Ao analisar quais os possíveis influenciadores, se compreenderá, conseqüentemente, situações de potencial reforço para obesidade, bem como fatores com potencial proteção para tal condição. Com isso, o estudo mostra a sua relevância social e científica, pois, ao elucidar fatores subjetivos que influenciam no desenvolvimento da obesidade, será possível, com suporte multiprofissional, desenvolver formas de preveni-la por meio da conscientização social e do incentivo a esses fatores subjetivos influenciadores.

Palavras-chave: Interação Pais-Filho. Hábitos Alimentares. Obesidade mórbida. Endocrinologia.

2.1.2 Tema

Determinantes de obesidade mórbida.

2.1.3 Problema

Quais são os determinantes de origem familiar e suas influências no estado nutricional na visão de pacientes obesos mórbidos?

2.1.4 Objetivo

Estudar quais são os determinantes de origem familiar e suas influências no estado nutricional de pacientes obesos mórbidos.

2.1.5 Justificativa

Os dados da Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) divulgados pelo Ministério da Saúde revelam um aumento de 67% na taxa de obesidade no Brasil entre 2006 e 2018. Além disso, o estudo mostrou que os brasileiros estão adotando hábitos mais saudáveis; no entanto, a taxa de obesidade segue aumentando. Dados da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM) revelaram que o número de cirurgias bariátricas cresceu 84,73% entre 2011 e 2018. No mesmo período, foram realizadas 424 mil cirurgias de obesidade no país. O número de cirurgias bariátricas realizadas pelo SUS saltou de 5.370 procedimentos em 2011 para 11.402 em 2018, um aumento de 112,33% em oito anos. O custo da obesidade no Brasil está estimado em R\$ 84.3 bilhões/ano. Além disso, 69.3% do total de mortes são atribuídos a doenças crônicas não transmissíveis, como doenças cardiovasculares (30,4%), neoplasias (16.5%), doenças respiratórias (6,0%) e o diabetes (5,3%), muitas associadas à obesidade.

Isso demonstra que, apesar das mudanças, é necessário buscar novas maneiras de ajudar a população a manter um peso adequado. Nesse sentido, a influência dos determinantes familiares no estado nutricional dos indivíduos precisa ser estudada para que seja possível orientá-los precocemente e assim prevenir a obesidade na infância e na vida adulta, já que, cada vez mais, os brasileiros tornam-se obesos mórbidos, com doenças associadas à obesidade e que trazem alto custo para a economia brasileira.

Ao conhecer os determinantes de origem familiar e suas influências no estado nutricional, as escolas poderão desenvolver oficinas com profissionais de várias áreas a fim de instruir não só as crianças, mas também os pais. Além disso, os diversos profissionais da área da saúde poderão identificar esses fatores de risco conhecidos e estimular que a família busque aconselhamento psicológico ou de outra área caso seja necessário. Nesse contexto, o presente estudo é inédito na região e de fundamental relevância para a saúde pública, uma vez que visa à compreensão dos determinantes de origem familiar e suas influências no estado nutricional a fim de orientar melhor a população e reduzir o número de casos extremos que necessitam de cirurgia bariátrica por meio da orientação adequada de hábitos saudáveis de vida.

2.1.6 Referencial teórico

A obesidade é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma doença crônica caracterizada pelo acúmulo anormal ou excessivo de gordura corporal, que pode afetar a saúde do indivíduo. A OMS aponta a obesidade como um dos maiores problemas de saúde pública no mundo. A projeção é que, em 2025, cerca de 2,3 bilhões de adultos estejam com sobrepeso; e mais de 700 milhões, obesos. O número de crianças com sobrepeso e obesidade no mundo pode chegar a 75 milhões, caso nada seja feito.

Para classificar a obesidade em adultos utiliza-se o Índice de Massa Corporal (IMC) que é uma razão simples entre o peso e a altura. É definida como o peso em quilogramas dividido pelo quadrado da altura em metros (kg/m^2). A OMS convencionou chamar de sobrepeso o IMC de 25 a 29,9 kg/m^2 , de obesidade grau I o IMC de 30,0 a 34,9 kg/m^2 , de obesidade grau II o IMC de 35,0 a 39,9 kg/m^2 e de obesidade grau III o IMC maior que 40 kg/m^2 . No Brasil, a última Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) publicada em 2018 pelo Ministério da Saúde divulgou dados importantes sobre a obesidade. O percentual de homens acima de 18 anos com excesso de peso está acima de 50% em todas capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. Em relação as mulheres, o percentual fica acima de 42%. No conjunto das 27 cidades, a frequência de excesso de peso foi de 54%, sendo maior entre homens (57,3%) do que entre mulheres (51,2%). Com o crescente número de obesos graves e devido à necessidade de uma intervenção mais eficaz, a indicação das operações bariátricas vem crescendo.

O tratamento da obesidade, entretanto, segue produzindo resultados insatisfatórios, uma vez que grande parte das estratégias são equivocadas e que há mau uso dos recursos terapêuticos disponíveis. Dessa forma, segundo Coutinho (1999), além de buscarmos planos terapêuticos mais eficazes, faz-se necessário, também, que sejam adotadas medidas de prevenção para conter o surgimento de casos novos e evitar que a prevalência da doença continue crescendo. Quanto à prevenção, a escola é um local importante, pois crianças e adolescentes fazem pelo menos uma refeição nas escolas, o que possibilita um trabalho de reeducação nutricional aliado ao incentivo à atividade física. Sendo a escola um espaço de troca de conhecimentos e de convivência, a experiência alimentar adquirida pode ser levada ao âmbito familiar, destacando-se a importância de uma merenda escolar de qualidade (ABERC, 2008).

Já quanto ao tratamento da obesidade, ele é complexo e multidisciplinar. Não existe

nenhum tratamento farmacológico em longo prazo que não envolva mudança de estilo de vida. Embora se possa utilizar medicamentos (dietilpropiona, femproporex, mazindol, sibutramina e orlistate), dietas de valor calórico muito baixo e, às vezes, cirurgia nos graus II e III, as mudanças de estilo de vida por meio de aumento do conhecimento e técnicas cognitivo-comportamentais são ainda fundamentais. A escolha do tratamento deve basear-se na gravidade do problema e na presença de complicações associadas (ABESO, 2009).

O tratamento convencional baseado em dieta e atividade física não produz resultados satisfatórios para a obesidade grau III, com 95% dos pacientes recuperando seu peso inicial em dois anos (SEGAL e FANDINO, 2002). Sendo assim, o método mais eficaz no tratamento da obesidade mórbida aliado ao controle do peso em longo prazo é a cirurgia bariátrica (FISHER e SCHAUER, 2002). Entre os vários tipos de consequência a que se expõem os pacientes que realizam o tratamento cirúrgico para a obesidade pode-se destacar a taxa de mortalidade de pacientes obesos mórbidos no perioperatório. Enquanto o índice de mortalidade de pacientes não obesos submetidos a cirurgias do trato gastrointestinal é de 2,6%, o de obesos atinge 6,6%. Esse índice quase três vezes maior de mortalidade perioperatória está relacionado a uma série de distúrbios fisiopatológicos decorrentes da obesidade (AULER JÚNIOR, 2003).

Um estudo muito importante realizado por Goran et al. (2002) comparou o tratamento cirúrgico com o convencional. Os resultados da redução média de peso no grupo submetido à cirurgia foi de 25% após 1 ano e de 16% após seis anos. No grupo controle, o peso permaneceu inalterado durante todo o período estudado. Apesar da redução de peso e da remissão de comorbidades, o grupo submetido à cirurgia apresentou uma média de internações maior do que o grupo controle. Durante o primeiro ano após a cirurgia, a taxa média de internações foi de 12,3 dias, contra 1,2 dia do grupo controle. Desse modo, os custos referentes a internações com os pacientes que realizam a cirurgia, no período de seis anos, foram maiores do que os do grupo controle.

Um estudo longitudinal realizado com 1.000 jovens, no Chile, com idades entre 5, 10, 15 e 21 anos (e avaliações do ambiente familiar e do comportamento dos pais aos 12 meses e 10 anos), identificou múltiplos fatores de risco relacionados ao ambiente familiar e domiciliar associados ao tempo e aumento mais rápido do IMC, levando ao excesso de peso ou à obesidade na vida adulta. Entre os múltiplos fatores relacionados ao núcleo familiar estão o estresse, ausência do pai, depressão materna, falta de estimulação, ambiente doméstico pouco

atraente, menos materiais de incentivo ao crescimento e menos contato com experiências que estimulam o desenvolvimento, menor ambiente físico total, além de questões de afetividade (EAST, 2019). Segundo o estudo, a identificação dos fatores de origem familiar encontrados fornece uma variedade de possíveis alvos de intervenção.

O estudo de Engstrom e Anjos (1996), após investigar a relação entre o estado nutricional de mães e sobrepeso nas crianças brasileiras menores de 10 anos, evidenciou que o estado nutricional das mães tem uma relação direta no estado nutricional dos filhos no que se refere ao sobrepeso. O risco de uma criança ter sobrepeso foi 3,19 vezes maior se a mãe também apresentava sobrepeso, em relação à mãe com baixo peso. Corroborando essa ideia, segundo Katch e McArdle (1998), “Os filhos de pais obesos correm um risco duas a três vezes maior de obesidade como adultos em comparação com as crianças de famílias nas quais nenhum dos progenitores é morbidamente obeso. Isso não ocorre apenas por razões genéticas, mas também por causa dos hábitos precários da família em termos de dieta e exercício.”

De acordo com Coutinho (1999), as preferências alimentares das crianças, assim como atividades físicas, são práticas influenciadas diretamente pelos hábitos dos pais, que persistem frequentemente na vida adulta, o que reforça a hipótese de que os fatores ambientais são decisivos na manutenção ou não do peso saudável. Portanto, a informação genética constitui-se em uma causa suficiente para determinar sobrepeso e obesidade, mas nem sempre necessária, sendo possível reduzir a sua influência, por meio de modificações no micro e macroambiente em que vivem as pessoas.

O estudo de Jenovesi e colaboradores (2003) objetivou comparar o nível de atividade física entre escolares de diferentes estados nutricionais por meio de uma amostra composta por 2519 crianças de 7 a 10 anos de idade de ambos os gêneros e seus pais. Os resultados obtidos no estudo demonstraram que o fato de a mãe não trabalhar fora de casa colabora para que a criança seja até 82% mais ativa do que a criança cuja mãe trabalha fora de casa. Concluiu-se também que as crianças que abandonaram a mamadeira após os 2 anos de idade têm 17% mais chances de serem menos ativas do que as crianças que deixaram de mamar na mamadeira antes dos 2 anos de idade. Também encontrou-se que mães desempregadas têm filhos mais ativos - isso pode acontecer pelo fato das mães que não trabalham passarem mais tempo com os filhos. Em relação à escolaridade materna, constataram que mães que cursaram mais que 4 anos de escola têm filhos mais ativos. Sendo assim, uma explicação possível para tais resultados seria que mães com mais escolaridade estimulariam a prática de atividade

física de seu filhos e/ou que famílias com mais escolaridade têm mais possibilidade materiais de oferecerem aos seus filhos ambiente que estimule a prática da atividade física. Ainda segundo Jenovesi e colaboradores (2003), o estado nutricional, a presença da mãe e os hábitos alimentares interferem no padrão de atividade física de crianças na faixa etária estudada.

Já no estudo de Oliveira e colaboradores (2003), a obesidade foi significativamente associada com: 1) níveis elevados de escolaridade do genitor e genitora; 2) alta renda familiar e; 3) presença, nas residências, de TV, computador, telefone e videogame. Ademais descrevem que as atitudes das crianças, frequentemente, são um reflexo do ambiente em que vivem com a família e que crianças estudarem em escola privada e serem unigênitos são os principais fatores preditivos na determinação do ganho excessivo de peso, dados que confirmam a influência do microambiente familiar e do macroambiente na gênese do sobrepeso/obesidade. Fisberg (2006) descreve que, na infância, fatores como ganho gestacional, o desmame precoce e introdução inadequada de alimentos complementares, o emprego de fórmulas lácteas inadequadamente preparadas, distúrbios do comportamento alimentar e inadequada relação familiar são determinantes para o estabelecimento da obesidade.

Esse breve panorama da literatura esclarece a importância de relações familiares saudáveis e fornece substrato para desenvolver estratégias de prevenção do problema. Todavia, há uma escassez de observações mais precisas a respeito do funcionamento psíquico, da relação com os pais e familiares e da dinâmica familiar. A maior difusão deste conhecimento, bem como a proliferação destes estudos, é importante para proporcionar um atendimento e intervenção adequada à obesidade infantil e adulta.

2.1.7 Metodologia

2.1.7.1 Tipo de estudo

Estudo qualitativo, exploratório e descritivo.

2.1.7.2 Local e período de realização

O estudo será realizado no Ambulatório de Qualidade de Vida, junto à Unidade Básica de Saúde Nonoai, localizado na cidade de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, durante o período de março a dezembro de 2020.

2.1.7.3 População e amostragem

A população do estudo será composta por pacientes obesos mórbidos em acompanhamento de pré-cirurgia bariátrica. Esse acompanhamento dura em torno de quatro a seis anos, tempo estimado pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica para realizar a cirurgia no sistema público de saúde. Serão incluídos pacientes de ambos os gêneros, com idade igual ou superior a 18 anos.

Segundo Minayo (2017), uma amostra qualitativa ideal é a que reflete, em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões de determinado fenômeno e busca a qualidade das ações e das interações em todo o decorrer do processo. A metodologia da pesquisa qualitativa não exige a execução de cálculo amostral para determinação de número mínimo de participantes para a amostra. Portanto, o tamanho da amostra não será pré-determinado e será utilizada a técnica por esgotamento. O método por esgotamento será empregado para fechar o tamanho final da amostra, pois as entrevistas serão cessadas a partir do momento em que as respostas passarem a repetir/saturar. Serão realizadas visitas à Unidade Básica de Saúde Nonoai, nos turnos em que os pacientes em acompanhamento de pré-cirurgia bariátrica tiverem consulta agendada, num período de quatro meses. Constituirão o N do estudo todos os participantes abordados neste período que consentirem em participar do estudo.

2.1.7.4 Variáveis, instrumentos de coleta de dados e logística

Os participantes serão convidados a participar da entrevista no dia, turno e horário em que tiverem consulta de acompanhamento de pré-cirurgia bariátrica no Ambulatório de Qualidade de Vida, junto à Unidade Básica de Saúde Nonoai. A acadêmica autora do projeto terá acesso à lista de pacientes disponibilizada pela equipe da Unidade Básica de Saúde e irá até a UBS nos dias correspondentes para convidar os participantes. Serão entrevistados todos os pacientes que tiverem consulta e que aceitarem participar. No dia da entrevista, cada sujeito de pesquisa receberá uma via do TCLE. A pesquisadora vai explicar, em linhas gerais, do que se trata o estudo e as informações constantes no TCLE, destinando o tempo que o participante achar suficiente para realizar a leitura e decidir em participar ou não do estudo. Os que assinarem o TCLE, seguirão para a entrevista com a acadêmica autora do projeto, em sala reservada para tal. A entrevista será feita em voz alta pela acadêmica, que fará as perguntas da entrevista semiestruturada (explicitada a seguir) e gravará as respostas do participante. Após a entrevista, ela agradecerá aos participantes e falará da devolutiva. Com as entrevistas gravadas, em seguida, serão realizadas as

transcrições finas. Posteriormente, quando todas forem transcritas, serão lidas e grampeadas juntamente ao TCLE correspondente.

Os dados serão coletados através de uma entrevista semiestruturada (Apêndice 1) contendo perguntas sobre variáveis sociodemográficas (idade, gênero, classificação socioeconômica), de saúde (peso, altura), determinantes de origem familiar, influências para o ganho excessivo de peso. Para a determinação da classificação socioeconômica será utilizado um sistema de pontos, conforme Anexo 1. O sistema de pontos é composto de doze itens sobre posse e quantidade de itens. Cada item apresenta cinco alternativas de respostas (0,1,2,3,4 ou+). Quanto ao grau de instrução do chefe de família, há cinco opções de resposta e quanto ao acesso a serviços públicos, há dois itens com opção de resposta de sim ou não. A soma dos escores obtidos em cada item resulta em um escore total que varia de 1 a 100 pontos. Conforme o sistema de pontos, cada escore total indicará uma classe social.

As entrevistas semiestruturadas serão realizadas em uma sala reservada da Unidade Básica de Saúde Nonoai e gravadas com um gravador profissional SONY ICD-PX240 para posterior transcrição. Estima-se um período de quatro meses para a realização e transcrição das entrevistas. As entrevistas serão ouvidas e transcritas à medida que os dados forem sendo coletados. O tempo de duração estimado de cada entrevista é de quarenta minutos. Ao final da transcrição de todas as entrevistas, será realizada uma nova análise de oitiva (auditiva) acompanhada pela leitura das transcrições realizadas, para dupla conferência e revisão final.

2.1.7.5 Processamento, controle de qualidade e análise dos dados

As entrevistas serão transcritas pela acadêmica autora do projeto em documento de texto digital e, após a transcrição, serão ouvidas novamente para dupla conferência, a fim de garantir a qualidade e a veracidade das informações obtidas. Serão estipulados códigos de transcrição para fenômenos típicos encontrados na fala espontânea, tais quais pausa, alongamento de sílabas ou palavras, repetições, frases truncadas e trechos incompreensíveis, por exemplo, com base na literatura revisada.

A análise de conteúdo, mais especificamente, técnica de análise temática será realizada por meio da leitura analítica das falas transcritas as quais serão categorizadas por tópicos. Serão relacionadas estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados, além de articular a superfície dos enunciados

dos textos com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural e processos de produção de mensagem, em conformidade ao conceito de saúde social preconizado por Minayo (2007).

2.1.7.6 Aspectos éticos

Os aspectos éticos serão garantidos por meio da não discriminação na seleção dos indivíduos e da não exposição a riscos desnecessários. Ressalta-se que a coleta de dados será iniciada somente após a aprovação do Termo de Ciência e Concordância da Secretaria Municipal de Saúde e do protocolo de pesquisa do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul, em atendimento à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes receberão, antes da entrevista, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, TCLE (Apêndice 2), sendo que a entrevista só será feita com os que consentirem com a participação.

Quanto aos riscos aos participantes, é reconhecido o risco de quebra de sigilo de informações referentes à entrevista. De maneira a minimizar este risco, a equipe de pesquisa assume o compromisso com a preservação dos dados, a confidencialidade e o anonimato dos indivíduos pesquisados. No entanto, caso esse risco se concretize, o estudo será interrompido. Existe ainda o risco de cansaço ou constrangimento ao responder as perguntas durante a entrevista, assim como alterações de autoestima provocadas pela evocação de memórias ou por reforços na conscientização sobre a condição física e alterações de comportamento durante as gravações de áudio. Por conta disso, será enfatizado que, caso o participante se sinta constrangido, ele poderá interromper a entrevista a qualquer momento. Além disso, como forma de minimizar estes riscos, será oferecido espaço reservado/privativo para a realização das entrevistas, de modo a deixar o participante mais confortável, além de acompanhamento psicológico na própria Unidade Básica de Saúde Nonoai para os participantes que, porventura, venham a se sentir abalados psicologicamente após participar desta entrevista. As gravações de áudio das entrevistas armazenadas em pen-drive, assim como as transcrições impressas, serão guardadas por no mínimo cinco anos nos armários da Universidade Federal da Fronteira Sul – Campus Passo Fundo e, após esse período, serão descartadas.

Esse estudo provavelmente não trará benefícios diretos individuais, visto que o diagnóstico de obesidade mórbida já estará feito e a cirurgia em vias de ocorrer. Todavia, é possível que, ao identificar fatores de influência de origem familiar, o filho obeso mórbido

consiga ficar mais atento aquilo que lhe prejudica no processo de alimentação equilibrada. O estudo poderá trazer benefícios coletivos à saúde pública ao levantar um tema de tamanha relevância e que acomete uma parcela significativa da população. A partir do conhecimento de determinantes familiares e associações entre causas e consequências, será possível inferir formas de agir nessa problemática de maneira precoce e preventiva. Será feita uma devolutiva referente à pesquisa por meio da divulgação dos dados do estudo em forma de bânner a ser fixado no Ambulatório de Qualidade de Vida, junto à Unidade Básica de Saúde Nonoai, localizado na cidade de Passo Fundo, Rio Grande do Sul. Além disso, como forma de devolutiva individual, serão elaborados panfletos informativos para serem entregues aos pacientes participantes da pesquisa.

2.1.8 Recursos

As despesas relacionadas à execução do trabalho serão custeadas pela equipe de pesquisa.

Prevê-se o seguinte gasto:

Item	Unidade	Quantidade	Valor unitário	Valor total
Impressões	Impressões	20	R\$0,15	R\$3,00
Passagem de ônibus	Passagem de ônibus	30	R\$3,90	R\$117,00
				Total: R\$120,00

2.1.9 Cronograma

Pesquisa bibliográfica: 1º de março a 31 de dezembro de 2020.

Coleta e transcrição de dados: 1º de maio a 31 de agosto de 2020.

Análise e redação: 1º de setembro a 31 de dezembro de 2020.

Relatórios para o Comitê de Ética: julho de 2020 a dezembro de 2020.

Entrega do trabalho: dezembro de 2020.

2.1.10 Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS EMPRESAS DE REFEIÇÕES COLETIVAS – ABERC. **Anais do IV Fórum Nacional de Merenda Escolar**, São Paulo, 2008.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA DIRETRIZES BRASILEIRAS DE OBESIDADE. **ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica**. 4.ed. São Paulo, 2016.

AULER JR, J. O. C.; GIANNINI, C. G.; SARAGIOTTO, D. F. Desafios no manuseio peri-operatório de pacientes obesos mórbidos: como prevenir complicações. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Rio de Janeiro, v.53, n.2, p.227-236, 2003.

AZEREDO, F.; MARTINS, K. P. H. M. (2012). Obesidade na infância: um contraponto entre o discurso médico e os significados atribuídos pelas mães aos impasses alimentares da criança. **Polêm!ca Revista Eletrônica**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.13-24, jan/mar.2012.

BARROS, Fernando de. What is the major public health problem: the morbid obesity or bariatric surgery coordinated for health system single? (Part I). **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v.42, n.2, p.69, abr.2015.

BARROS, Fernando de. What is the major public health problem: the morbid obesity or bariatric surgery coordinated for health system single? (Part II). **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v.42, n.3, jun.2015.

BRASIL. **Vigitel Brasil 2017**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017. Brasília: 2018.

COUTINHO, Walmir. Consenso latino-americano de obesidade. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, São Paulo, v.43, n.1, p.21-67, fev.1999.

DALCASTAGNÉ, Giovanni et al. A influência dos pais no estilo de vida dos filhos e sua relação com a obesidade infantil. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo, v.2, n.7, p.53-63, fev.2008.

EAST, Patricia et al. Home and Family Environment Related to Development of Obesity: A 21-year Longitudinal Study. **Childhood Obesity**, Chile, v.15,n.3, abr.2019.

ENGSTROM, Elyne M.; ANJOS, Luiz A.. Relação entre o estado nutricional materno e sobrepeso nas crianças brasileiras. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.30,n.3,p.233-239,jun. 1996.

FISBERG, Mauro. Obesidade na infância e adolescência. **Rev. Bras. Educ. Fís. Esp.**, São Paulo, v.20, p.163-64, set.2006.

FISHER, Barry; SCHAUER, Philip. Medical and surgical options in the treatment of severe obesity. **The American Journal of Surgery**, v.184, p.9-16, 2002.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

HALPERN, A. **Obesidade** – Conhecer e Enfrentar. São Paulo: Contexto, 2001.

JENOVESI, J.F. et al. Perfil de atividade física em escolares da rede pública de diferentes estados nutricionais. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, Brasília, v.11, n.4, p.57-62, 2003.

LEAL, Vanessa Sá et al. Excesso de peso em crianças e adolescentes no Estado de Pernambuco, Brasil: prevalência e determinantes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n.6, p.1175-1182, jun.2012.

MINAYO, Maria Cecília. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v.5, n.7, p.01-12, abr.2017.

OLIVEIRA, A.M.A. et al. Sobrepeso e obesidade infantil: influência de fatores biológicos e ambientais em Feira de Santana, BA. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v.47, n.2, p.144-150, abr.2003.

OLIVEIRA, Flávia Lana Garcia de; DARRIBA, Vinicius Anciães. Sobre a importância da transmissão parental do desejo para a psicanálise a partir de um caso de obesidade infantil. **Estilos clin.**, São Paulo, v.20, n.2, p.265-278, ago.2015.

ROCHA, Carla; COSTA, Eleonora. Aspectos psicológicos na obesidade mórbida: Avaliação dos níveis de ansiedade, depressão e do auto-conceito em obesos que vão ser submetidos à cirurgia bariátrica. **Aná. Psicológica**, Lisboa, v.30, n.4, p.451-466, out.2012.

SEGAL, Adriano; FANDINO, Julia. Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.24, supl. 3, p.68-72, dez.2002.

WEINSIER, R. L.; HUNTER, G. R.; HEINI, A. F.; GORAN, M. I.; SELL, S. M. The etiology of obesity: relative contribution of metabolic factors, diet, and physical activity. **American Journal of Medicine**, Pensilvania, v.105, p.145-150, 1998.

ZAVASCHI, Maria Lucrécia Scherer et al. Focos de atenção na infância. In: **Psicoterapias: abordagens atuais**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Data:

Hora de início:

Hora de término:

Nº entrevista:

Idade:

Gênero:

Peso:

Altura:

Classificação socioeconômica:

PERGUNTAS ABERTAS NORTEADORAS:

- 1) A partir de qual idade você passou a ter problemas com peso?
- 2) A que você atribui o princípio dos problemas com a obesidade?
- 3) Quais hábitos, no contexto da alimentação, você considera de origem familiar?

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a) participante,

você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa sobre saúde e qualidade de vida desenvolvida por Carmélia Camille Ballardin Geara, discente de Graduação em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus de Passo Fundo, sob orientação do Prof. Me. Rogerio Tomasi Riffel e coorientação da Prof^a. Dr^a. Athany Gutierrez, ambos docentes de Graduação em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus de Passo Fundo, RS.

O objetivo central do estudo é avaliar variáveis sociodemográficas, de saúde e de estilo de vida para compreender possíveis relações entre essas variáveis. O número de pessoas que necessitam de cirurgia bariátrica não é compatível com o número de cirurgias realizadas no Brasil. Além disso, apenas pouco mais de 10% das operações foram realizadas em hospitais públicos. Isso significa que muitos pacientes estão desassistidos e será muito importante descobrir novas maneiras de orientar melhor a população para assim reduzir o número de casos extremos que necessitam da cirurgia por meio da orientação adequada de hábitos saudáveis de vida.

O convite se deve ao fato de você estar em acompanhamento pré-cirurgia bariátrica. Sua participação não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como desistir da colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação e sem nenhuma forma de penalização. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desista da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo(a) será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro, por um período de 05 anos, sendo posteriormente destruído. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste termo.

A sua participação consiste em responder as perguntas em uma entrevista com tempo previsto de 40 minutos, a qual contém perguntas sobre saúde, cuidado pessoal, hábito

alimentar. A entrevista será gravada para a transcrição das informações e somente com a sua autorização.

Assinale a seguir conforme sua autorização:

Autorizo gravação Não autorizo gravação

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso as mesmas a pesquisadora, seu orientador e sua coorientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo digital, por um período de cinco anos. Os resultados poderão ser divulgados em eventos e/ou publicações científicas mantendo sigilo dos dados pessoais. É reconhecido o risco de vazamento de informações referentes as entrevistas. De maneira a minimizar este risco, a equipe de pesquisa assume o compromisso do sigilo. No entanto, caso esse risco se concretize o estudo será interrompido. Existe ainda o risco de cansaço ou constrangimento ao responder as perguntas durante a entrevista. Assim como alterações de autoestima provocadas pela evocação de memórias ou por reforços na conscientização sobre a condição física e alterações de comportamento durante as gravações de áudio. Para tanto, enfatizamos que, caso você se sinta constrangido(a), poderá interromper a entrevista a qualquer momento.

Esse estudo provavelmente não trará benefícios diretos individuais, visto que o diagnóstico de obesidade mórbida já está feito e a cirurgia em vias de ocorrer. Todavia, é possível que, ao identificar fatores de influência familiar, você consiga ficar mais atento aquilo que lhe prejudica no processo de alimentação equilibrada. Além disso, o estudo poderá trazer benefícios coletivos à saúde pública ao levantar um tema de tamanha relevância e que acomete uma parcela significativa da população. A partir do conhecimento obtido na pesquisa, será possível fazer associações entre fatores positivos e negativos para qualidade de vida e assim descobrir formas de agir nessa problemática de forma precoce e preventiva. A divulgação dos dados do estudo será em forma de banner a ser fixado no Ambulatório de Qualidade de Vida, junto à Unidade Básica de Saúde Nonoai, localizado na cidade de Passo Fundo, Rio Grande do Sul. Além disso, como forma de devolutiva individual serão elaborados panfletos informativos para serem entregues aos pacientes participantes da pesquisa.

Caso concorde em participar, uma via deste termo ficará em seu poder e a outra será entregue ao pesquisador. Não receberá cópia deste termo, mas apenas uma via.

Desde já agradecemos sua participação!

Passo Fundo, ____ de ____ de

2020.

Rogério Tomasi Riffel

Contato profissional com o(a) pesquisador(a) responsável:

Universidade Federal da Fronteira Sul/UFFS, Rua Capitão Araújo, 20, Centro, Passo Fundo – RS. E-mail: rogerio.tomasi@uffs.edu.br Telefone: (54 – 3335 8512)

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS:

Contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS:

Tel e Fax - (0XX) 49-2049-3745 / E-Mail: cep.uffs@uffs.edu.br

Endereço para correspondência: Universidade Federal da Fronteira Sul/UFFS - Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS, Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul, CEP 89815-899 Chapecó - Santa Catarina – Brasil)

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome completo do (a) participante: _____

Assinatura: _____

ANEXOS

ANEXO 1 – CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL

SISTEMA DE PONTOS

	Quantidade dos Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros					
Empregados domésticos					
Automóveis					
Microcomputador					
Lava-louça					
Geladeira					
Freezer					
Lava-roupa					
DVD					
Micro-ondas					
Motocicleta					
Secadora de roupa					

Grau de Instrução do chefe de família e acesso a serviços públicos

Analfabeto / Fundamental I incompleto	0		Serviços públicos	
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	1		Não	Sim
Fundamental II completo / Médio incompleto	2	Água encanada	0	4
Médio completo / Superior incompleto	4	Rua pavimentada	0	2
Superior completo	7			

Classe	PONTOS
A	45 - 100
B1	38 - 44
B2	29 - 37
C1	23 - 28
C2	17 - 22
D - E	1 - 16

2.2. RELATÓRIO DE PESQUISA

2.2.1. APRESENTAÇÃO

Este relatório de pesquisa foi desenvolvido para detalhar as atividades referentes ao Trabalho de Conclusão de Curso, requerido pela Universidade Federal da Fronteira Sul para graduação em Medicina, cujo tema é A VISÃO DE PACIENTES OBESOS MÓRBIDOS SOBRE OS DETERMINANTES DE ORIGEM FAMILIAR E AS INFLUÊNCIAS EM SEUS ESTADOS NUTRICIONAIS. A escolha do tipo de pesquisa e o assunto do projeto tem total correlação com o perfil e histórico da acadêmica. Após a formação no técnico em biotecnologia e dois anos de graduação em Engenharia de Alimentos, a necessidade de ir além do modelo de pesquisa quantitativa tradicional era evidente, já que já tinha tido contato com esse modelo. O desejo de ir além e partir para uma análise mais subjetiva determinou o caminho para pesquisa qualitativa. O assunto e o tema não se distanciaram da antiga frase de Hipócrates: “Que seu remédio seja seu alimento, e que seu alimento seja seu remédio” em que a academia acredita veementemente. Relacionando isso com o número crescente de pessoas com obesidade e que necessitam da cirurgia bariátrica, surgiu o interesse em analisar os determinantes de origem familiar e as influências nos estados nutricionais de pacientes obesos mórbidos sob uma perspectiva mais subjetiva para que se obtenham novas informações relevantes ao tratamento da obesidade, o qual exige articulação intersetorial e multiprofissional.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS no dia 05 de março de 2020 (Anexo 1). No dia 04 maio de 2020 foi enviada a carta de pendência com as devidas correções. O projeto aprovado no dia 05 de maio de 2020 (Anexo 2). Com isso, foi possível entrar em contato novamente com a Secretaria Municipal de Saúde para programar a coleta de dados em função da pandemia do novo coronavírus. Com a ressalva de que os devidos cuidados de proteção deveriam ser seguidos, assim como algumas adaptações no modo de coleta de dados, a coleta foi autorizada a partir de agosto de 2020.

2.2.2. DESENVOLVIMENTO

2.2.2.1. Seleção e treinamento dos entrevistadores

De acordo com o projeto, a única entrevistadora foi a acadêmica autora do projeto, sendo assim a única a receber treinamento. Em virtude do contexto de pandemia, a acadêmica foi treinada pelo seu orientador Prof. Me. Rogerio Tomasi Riffel por meio de uma reunião via plataforma Cisco Webex Meetings. Na reunião, foi possível esclarecer detalhes sobre como proceder a entrevista e como solucionar possíveis intercorrências. Foi ressaltada a importância de não enviasar as perguntas e respeitar o tempo de cada paciente para responder às perguntas.

2.2.2.2. Logística da coleta de dados

Devido à pandemia do novo coronavírus, o número de pacientes agendados por turno foi reduzido, assim como o número permitido de pessoas trabalhando no ambulatório. Por conta disso, os pacientes não mais foram convidados a participar da entrevista no dia, turno e horário em que tinham consulta de acompanhamento de pré-cirurgia bariátrica no Ambulatório de Qualidade de Vida, junto à Unidade Básica de Saúde Nonoai, e sim por contato telefônico e pré-agendamento. Da mesma forma, a acadêmica autora do projeto teve acesso à lista de pacientes disponibilizada pela equipe da Unidade Básica de Saúde e foi até a UBS nas segundas-feiras e terças-feiras a tarde para entrevistar os pacientes que aceitaram participar. No dia da entrevista, cada sujeito da pesquisa recebeu uma via do TCLE. A pesquisadora explicou, em linhas gerais, do que se tratava o estudo e as informações constantes no TCLE, destinando o tempo que o participante achasse suficiente para realizar a leitura e assinar o termo caso fosse participar. A entrevista era realizada pela acadêmica autora do projeto em sala reservada para tal. As entrevistas foram feitas em voz alta pela acadêmica, que fez as perguntas da entrevista semiestruturada (Apêndice 1) e gravou as respostas dos participantes com um gravador profissional SONY ICD-PX240 para posterior transcrição. Após a entrevista, ela agradeceu aos participantes e falou sobre a devolutiva. Com as entrevistas gravadas, em seguida, foram realizadas as transcrições finas e, posteriormente, impressas e grampeadas juntamente ao TCLE correspondente. Além disso, ao final da transcrição de todas as entrevistas, foi realizada uma nova análise de oitiva (auditiva) acompanhada pela leitura das transcrições realizadas, para dupla

conferência e revisão final. Estimou-se um período de coleta de dois meses. O tempo de duração de cada entrevista foi em torno de vinte minutos.

2.2.2.3. Período da coleta de dados

Devido à pandemia, a coleta de dados que estava prevista para 01/05/2020 até 31/08/2020 precisou ser estendida até 29/09/2020, já que a mesma foi iniciada apenas em agosto.

2.2.2.4. Perdas e recusas

Dos pacientes convidados a participarem da pesquisa nenhum se recusou; no entanto, alguns não compareceram à entrevista na unidade em dia e horário combinado previamente por telefone e por isso foram considerados como perda.

2.2.2.5. Controle de qualidade dos dados

As entrevistas foram transcritas pela acadêmica autora do projeto em documento de texto digital e, após a transcrição, foram ouvidas novamente para dupla conferência, a fim de garantir a qualidade e a veracidade das informações obtidas. Foram estipulados códigos de transcrição para fenômenos típicos encontrados na fala espontânea, tais quais pausa, alongamento de sílabas ou palavras, repetições, frases truncadas e trechos incompreensíveis. O tamanho da amostra não foi pré-determinado e foi utilizada a técnica por esgotamento em que, a partir do momento em que as respostas passam a se repetir, se encerram as entrevistas. A análise de conteúdo foi realizada por meio da leitura analítica das falas transcritas e categorizadas. Foram relacionadas estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados, além de articular a superfície dos enunciados dos textos com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural e processos de produção de mensagem, em conformidade ao conceito de saúde social preconizado por Minayo (2007). Os dados referentes a classificação econômica não foram utilizados na discussão dos dados, já que os participantes não mencionaram como um fator predisponente a obesidade. Após a análise, foi escrito o artigo científico de acordo com as normas da revista (Anexo 4) Trabalho,

Educação e Saúde que é uma revista científica editada pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz.

3. ARTIGO CIENTÍFICO

A VISÃO DE PACIENTES OBESOS MÓRBIDOS SOBRE OS DETERMINANTES DE ORIGEM FAMILIAR E AS INFLUÊNCIAS EM SEUS ESTADOS NUTRICIONAIS

THE VIEW OF MORBIDLY OBESE PATIENTS ABOUT DETERMINANTS OF FAMILY ORIGIN AND THE INFLUENCE ON THE NUTRITIONAL STATUS

LA VISIÓN DE LOS PACIENTES MORBIDOS OBESOS SOBRE LOS DETERMINANTES DE ORIGEN FAMILIAR Y LAS INFLUENCIAS EN SUS ESTADOS NUTRICIONALES

Carmélia Camille Ballardín Geara¹

Athany Gutierrez²

Rogério Tomasi Riffel³

¹ Universidade Federal da Fronteira Sul, Passo Fundo, Brasil. carmeliaballardin@gmail.com

² Universidade Federal da Fronteira Sul, Passo Fundo, Brasil. athany.gutierrez@uffs.edu.br

³ Universidade Federal da Fronteira Sul, Passo Fundo, Brasil. rogerio.tomasi@uffs.edu.br

RESUMO

A obesidade é uma doença crônica caracterizada pelo acúmulo anormal ou excessivo de gordura corporal. A prática clínica demonstra, entretanto, que sua abordagem é, muitas vezes, insuficiente no auxílio aos pacientes obesos mórbidos. O objetivo do estudo foi conhecer os determinantes de origem familiar e as influências no estado nutricional desses pacientes. Entrevistas semiestruturadas foram realizadas com oito pacientes em acompanhamento de pré-cirurgia bariátrica no Ambulatório de Qualidade de Vida, junto à Unidade Básica de Saúde Nonoai, em Passo Fundo, RS. A análise de conteúdo foi realizada por meio da leitura analítica das falas transcritas e, posteriormente, categorizadas. Ao analisar os influenciadores, encontraram-se situações de potencial reforço para obesidade, bem como fatores com

potencial proteção para tal condição. Os resultados ajudam a elucidar fatores subjetivos que, no futuro, permitirão o desenvolvimento de estratégias de prevenção da obesidade, com suporte multiprofissional.

Palavras-chave: Interação Pais-Filho. Hábitos Alimentares. Obesidade mórbida. Endocrinologia. Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

Obesity is a chronic disease characterized by abnormal or excessive accumulation of body fat. Clinical practice shows, however, that its approach is often insufficient in helping morbidly obese patients. The aim of the study was to identify the determinants of family origin and the influence on the nutritional status of these patients. Semi-structured interviews were conducted with eight patients undergoing pre-bariatric surgery at the Quality of Life Outpatient Clinic, at the Nonoai Basic Health Unit, in Passo Fundo, RS. The content analysis was performed through the analytical reading of the transcribed speeches and categorized by topics. In analyzing the influencers, situations of potential reinforcement for obesity were found, as well as factors with potential protection for such condition. The findings help to clarify subjective factors which, in the future, will provide ways to prevent obesity, with multiprofessional support.

Keywords: Parent-child interaction. Eating habits. Morbid obesity. Endocrinology. Qualitative Research.

RESUMEN

La obesidad es una enfermedad crónica caracterizada por una acumulación anormal o excesiva de grasa corporal. La práctica clínica demuestra, sin embargo, que su enfoque a menudo es insuficiente para ayudar a los pacientes con obesidad mórbida. El objetivo del estudio fue conocer los determinantes del origen familiar y las influencias en el estado

nutricional de estos pacientes. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a ocho pacientes sometidos a cirugía prebariátrica en la Clínica de Calidad de Vida, en la Unidad Básica de Salud de Nonoai, en Passo Fundo, RS. El análisis de contenido se realizó a través de la lectura analítica de los discursos transcritos y, posteriormente, categorizados. Al analizar a los influencers se encontraron situaciones de potencial reforzamiento de la obesidad, así como factores con potencial protección para dicha condición. Los resultados encontrados ayudan a esclarecer factores subjetivos que, en el futuro, permitirán, con apoyo multiprofesional, desarrollar formas de prevenir la obesidad.

Palabras clave: Interacción padre-hijo. Hábitos alimenticios. Obesidad morbida. Endocrinología. Investigación Cualitativa.

INTRODUÇÃO

A obesidade é definida pelo acúmulo excessivo de gordura corporal que pode prejudicar a saúde do indivíduo. É uma doença de origem multifatorial, incluindo fatores genéticos, socioeconômicos, biológicos, psicológicos e ambientais (Halpern, 2001). De acordo com a *World Health Organization* (WHO, 2020)ⁱ, adultos (≥ 20 anos e < 60 anos) com sobrepeso apresentam o Índice de Massa Corporal (IMC) de 25 a 29,9 kg/m², com obesidade grau I o IMC de 30,0 a 34,9 kg/m², com obesidade grau II o IMC de 35,0 a 39,9 kg/m² e com obesidade grau III o IMC maior que 40 kg/m², diretamente relacionado ao aumento da mortalidade e à ocorrência de diversas doenças associadas, tais quais hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, doenças cérebro-vasculares, diabetes mellitus tipo 2, câncer, osteoartrite, apneia do sono.

Sendo a obesidade uma condição crônica causada por múltiplos fatores, o tratamento envolve um acompanhamento multiprofissional para reduzir o peso e tratar as doenças associadas. Em casos complexos, a cirurgia bariátrica é aconselhada, mas o paciente precisa atender a

diversos critérios, além de esperar em torno de quatro a seis anos, tempo estimado pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM) para realizar a cirurgia no sistema público de saúde. O longo tempo se justifica pelos dados da SBCBM de que o número de cirurgias bariátricas cresceu 84,73% entre 2011 e 2018.

A última Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), publicada em 2020 pelo Ministério da Saúde, divulgou dados importantes referentes à obesidade no Brasil. No conjunto das 27 cidades, a frequência de adultos obesos foi de 20,3%, sendo semelhante entre homens e mulheres. Aliado à Vigitel, é desenvolvido um plano que aborda os quatro principais grupos de doenças crônicas não transmissíveis (circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e seus fatores de risco modificáveis (tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade) e define diretrizes e ações. Das oito metas estabelecidas pelo Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, cinco estão sendo atingidas, entre elas: elevação da prevalência da prática de atividade física e ampliação do consumo recomendado de frutas e hortaliças. Já a redução do consumo abusivo de bebidas alcoólicas em 10%, e a contenção do crescimento da obesidade em adultos ainda são metas a serem alcançadas. Com esses dados, fica claro que apenas a ampliação do consumo de alimentos saudáveis e a elevação da prevalência da prática de atividade física não são suficientes para conter o crescimento da obesidade, por isso é imprescindível estudar que outros fatores podem desencadear a obesidade, como, por exemplo, os determinantes de origem familiar.

A maioria dos estudos desenvolvidos sobre essa problemática são quantitativos. Por isso, esse trabalho visa a expandir e investigar os determinantes de origem familiar e as influências no estado nutricional dos pacientes obesos mórbidos, sob uma perspectiva mais subjetiva, para

que se obtenha novas informações relevantes ao tratamento da obesidade, que demanda articulação intersetorial e multiprofissional.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório e descritivo. A coleta de dados foi realizada de agosto a setembro de 2020, e a população do estudo foi composta por oito pacientes obesos mórbidos em acompanhamento de pré-cirurgia bariátrica no Ambulatório de Qualidade de Vida, junto à Unidade Básica de Saúde (UBS) Nonoai, no município de Passo Fundo, Rio Grande do Sul. Foram incluídos pacientes de ambos os gêneros, com idade igual ou superior a 18 anos. Uma lista de pacientes foi disponibilizada pela equipe da UBS e, então, por contato telefônico, os pacientes foram convidados e pré-agendados. No dia da entrevista, cada paciente recebeu uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e somente aqueles que a assinaram foram entrevistados em sala reservada. As entrevistas seguindo roteiro semiestruturado, elaborado pelos pesquisadores, foram feitas com as seguintes perguntas em voz alta: “A partir de qual idade você passou a ter problemas com peso?”, “A que você atribui o princípio dos problemas com a obesidade?”, “Quais hábitos, no contexto da alimentação, você considera de origem familiar?”. As entrevistas foram gravadas para posterior transcrição. Realizadas as transcrições finas, essas foram impressas e grampeadas juntamente ao TCLE correspondente. Além disso, ao final da transcrição de todas as entrevistas, foi realizada uma nova análise de oitiva, acompanhada pela leitura das transcrições realizadas, para dupla conferência e revisão final. Cada entrevista durou em torno de vinte minutos. O tamanho da amostra não foi pré-determinado e foi utilizada a técnica por esgotamento em que, a partir do momento em que as respostas passam a se repetir, se encerram as entrevistas, conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1: Distribuição de frequência referente a cada categoria

Categoria	Entrevistas								Total de recorrências
	1	2	3	4	5	6	7	8	
Ansiedade		X	x	x	x	x	x	x	7
Falta de autocuidado	X	x	x	x		x	x		6
Interferência familiar na obesidade	X	x	x	x	x	x	x	x	8
Vivências emocionais e desenvolvimento da obesidade mórbida	X	x			x			x	4
Crenças populares	X	x				x		x	4
Total de novos enunciados para cada entrevista	4	1	0	0	0	0	0	0	

Legenda: X: novo enunciado; x: recorrências.

Fonte: Confeccionada pelos autores

A análise de conteúdo foi realizada por meio da leitura analítica das falas transcritas e categorizadas. Foram relacionadas estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados, além de articular a superfície dos enunciados dos textos com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural e processos de produção de mensagem, em conformidade ao conceito de saúde social preconizado por Minayo (2007).

O estudo ocorreu dentro dos padrões éticos exigidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul (CAAE:30081520.7.0000.5564) e da Secretaria Municipal de Saúde no dia 05/05/2020. Para fins de sigilo, na apresentação dos resultados, os participantes foram codificados com letras.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quais são os determinantes para o desenvolvimento da obesidade na visão de paciente obesos mórbidos?

Ansiedade

A obesidade não é considerada um transtorno psiquiátrico. Todavia, distúrbios psiquiátricos são frequentemente encontrados em pacientes obesos. Na CID-10 (OMS, 1993), a obesidade é classificada como uma condição clínica geral, e no DSM-IV-TR (*American Psychiatric Association*, 2002) não é mencionada como transtorno psiquiátrico.

De acordo com a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica, em torno de 60% dos pacientes obesos sofrem de algum distúrbio psiquiátrico, sendo os mais comuns os transtornos de humor. O Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica está presente em 4% a 6% das pessoas obesas. Já a prevalência da Compulsão Alimentar é de aproximadamente 30% em indivíduos obesos que procuram tratamento para emagrecer. Além disso, foi observada uma associação positiva entre a presença da compulsão alimentar e o aumento da adiposidade (Spitzer et al., 1991, p.201).

De acordo com Espíndola, Fortaleza e Menezes (2013), as pessoas obesas apresentam mais alterações psicológicas comparadas à população em geral. Além disso, Munhon et al. (2017, p.403-411) mostram que, dentre as consequências pós-cirurgia bariátrica, o quadro mais encontrado é a mudança psicológica, sendo que a mudança mais efetiva foi a diminuição dos níveis de ansiedade com um empate entre a diminuição dos quadros depressivos e a perda de peso.

A ansiedade foi citada como o princípio da obesidade por sete dos oito entrevistados.

Ahh sinto nervosa daí o nervoso dá ansiedade de querê come come come edaí tu termina de come tu sente fome...continua sentindo fome né...e daí tu quer comer mais [...] (MP)ⁱⁱ

[...] ansiosa eu ia comer pra me refugiar...eu tinha um problema grave no meu trabalho não comia o dia inteiro digamos chegava em casa comia comia comia muito...sempre eu descontei na comida...sempre [...] (TDDU)ⁱⁱⁱ

É perceptível, nesses relatos, o descontrole pela comida. O comer por comer. Comer para suprir a vontade de comer, e não a fome. Diante disso, é possível traçar uma relação entre obesidade e pulsão. Em 1915, Sigmund Freud descreve pulsão como sendo o limite entre o somático e o psíquico, considerando que a separação entre os dois seria impossível, já que ela seria como o eixo para unir os campos. Dessa maneira, Freud considera a pulsão como um representante psíquico dos estímulos corporais que alcançam a mente. Para a psicanálise, pulsão gera a busca infundável pela satisfação e, na tentativa de alcançá-la, dirige-se a determinado objeto. No entanto, sendo a pulsão algo que nunca cessa, não existe uma satisfação total por meio dela. “Na obesidade o que se percebe é que não se come apenas por necessidade fisiológica, do contrário o excesso de comida não seria tão maléfico a saúde, mas come-se sim por uma espécie de desejo, desejo esse que nunca está satisfeito.” (Fonsêca, 2009, p.05). Segundo Poggi (2007, p.39),

A satisfação é a meta da pulsão. Entretanto, ela sempre será parcial, e consiste na eliminação do estímulo na própria fonte. Logo, a satisfação não está relacionada ao objeto, e sim à fonte. A meta é igual para qualquer pulsão e são vários os caminhos que conduzem à satisfação. Por ser parcial, a pulsão nunca cessará a busca pela satisfação, reiniciando seu ciclo exaustivamente. Já o objeto consiste no meio pelo qual a pulsão alcança sua meta, ou seja, a satisfação.

O relato de MP evidencia esse ciclo incansável de comer com a intenção de suprir algo. Já TDDU demonstra a ideia do “descontar na comida”. O desprazer gerado por alguma situação precisa ser compensado, nesse caso, com comida. Conforme Seixas (2008, p.03),

O que importa é sentir-se cheio, podendo muitas vezes levar ao desenvolvimento de outras condutas compulsivas como a bulimia por purgação ou por outras práticas compensatórias. A comida seria repetidamente utilizada como um recurso de contenção do sofrimento, sendo revestida imaginariamente como o objeto capaz de aplacar a angústia suscitada pelo vazio corporificado. Ora, o próprio sintoma compulsivo denuncia a impossibilidade de realizar o preenchimento, remetendo sempre a um novo objeto a possibilidade de satisfação – tratar-se-ia, pois, da denúncia da própria impossibilidade de fechamento do circuito pulsional.

Outra similaridade dos entrevistados, embora tenham sido selecionados por isso, é que todos estão aguardando para realizar a cirurgia bariátrica. De acordo com Porcu et al. (2011, p.165), “A obesidade mórbida está relacionada a muitos transtornos psiquiátricos e possui como opção terapêutica a cirurgia bariátrica”. No estudo, observaram a alta prevalência de quadros sugestivos de ansiedade no pré-operatório. Na prática clínica, a ansiedade é um dos transtornos psiquiátricos mais prevalentes, variando de 15 a 25% na população (Kaplan; Sadock, 2007). No entanto, a prevalência de ansiedade, no grupo estudado, apresentou-se significativamente maior (40%). Porcu et al. (2011, p.169) justificam os dados encontrados:

Isso pode estar relacionado ao fato de que nestes pacientes, a obesidade mórbida, como resultado da hiperfagia, seria a manifestação somática de um conflito psíquico subjacente resultado de uma provável formação egoica inadequada destes pacientes. Para estes indivíduos, a ansiedade e a hiperfagia funcionariam como mecanismo de feed-back positivo, em que um elemento coloca-se como reforço ao outro: ansiedade provocando hiperfagia, a qual ocasiona mais ansiedade.

O mesmo estudo revelou uma redução da prevalência de quadros sugestivos de ansiedade no primeiro mês pós-operatório (18%) e no terceiro mês pós-operatório (8%). Os autores relacionaram a possível fase de euforia e entusiasmo com a cirurgia, e uma aparente resolução do mecanismo de *feedback*, citado anteriormente. Contudo, é válido questionar o resultado,

uma vez que no sexto mês pós-operatório observou-se aumento na prevalência, quando comparados ao terceiro mês pós-operatório. Os próprios autores reconhecem e tentam justificar que, provavelmente, a ansiedade manifesta-se novamente, pois a causa não foi, de fato, resolvida.

Uma possível justificativa seria que, nos primeiros meses após a cirurgia, o paciente observa uma perda rápida de peso e, nos meses seguintes, apresenta redução dessa taxa de perda de peso, o que pode estar relacionado com o retorno da ansiedade. Todavia, não cabe aqui aprofundar o tema, já que nenhum dos sujeitos da pesquisa foi submetido à cirurgia. O tema foi abordado para demonstrar a complexidade do quadro clínico e a relação dúbia de causa e consequência em que se questiona se a obesidade gera ansiedade ou o inverso.

Falta de autocuidado

[...] quando eu era pequenininha todo mundo achava bonitinho né...bebêzinho gordinho fofinho...bem bonito...saudável dizem né (NDC)

Com essa fala, torna-se válido abordar a forma como a obesidade é vista pela população. Em muitas culturas, tanto no passado quanto ainda hoje, a obesidade é sinônimo de fertilidade e saúde. Na Mauritânia, na África, obesidade é sinônimo de beleza e riqueza. Meninas são forçadas à tradição conhecida como *Leblouh*. O *Leblouh* envolve o consumo de uma quantidade de alimento capaz de provocar o vômito. Elas devem consumir uma dieta diária de dois quilos de angu batido com dois copos de manteiga e vinte litros de leite de camelo. Em algumas regiões do Afeganistão, em Nauru, país do Pacífico Sul e no arquipélago de Fiji, no Pacífico, os quilos em excesso são associados à fertilidade e, portanto, incentivados. No Kuwait, país do Golfo Pérsico, a tradição diz que gordura é sinal de riqueza e dados apontam que 52% das mulheres com mais de 15 anos são obesas. Na Jamaica, onde os jamaicanos tendem a associar magreza com tristeza e gordura com alegria, cerca de 65% das mulheres

estão obesas. Na África do Sul, a associação entre magreza e síndrome da imunodeficiência adquirida levou a população a ter uma visão negativa dos mais magros.

Após a Idade Média, o conceito de obesidade passou a ser confrontado com ideologias judaico-cristãs de moderação e restrição. Com isso, desde a época renascentista, nas sociedades ocidentais industrializadas, a figura obesa foi perdendo seu valor. Além disso, com o declínio dos valores religiosos, a medicina ganhou mais prestígio e o que era visto como falha moral passou a ser visto como um estilo de vida não saudável. Os conhecidos pecados capitais de gula e de preguiça foram substituídos pelos conceitos de “alimentação inadequada” e “sedentarismo” (Francisco, 2015).

Em 1998, a OMS declarou que a obesidade é a principal doença não transmissível do século XXI. Em função das mudanças no conceito de obesidade, pacientes obesos passaram a receber o rótulo de “aqueles que não se cuidam”, “aqueles que não querem se cuidar porque são preguiçosos e ainda gastam dinheiro público”, “aqueles que são indisciplinados”. Segundo a Teoria do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, desenvolvida entre 1959 e 1985, autocuidado é a prática de atividades que o indivíduo inicia e realiza em causa própria para manter a vida, a saúde e o bem-estar. Cabe mencionar que essa categoria não visa a nenhum juízo moral. O objetivo é justamente relativizar o quanto essa dificuldade de autocuidado é realmente própria do indivíduo ou consequência do preconceito social. O estigma mencionado se instala de maneira muito pejorativa e o desconforto gerado fica evidente nos trechos a seguir:

Emprego pra gordo não tem né...isso a gente se sente chateada [...] (NBUC)

[...] eu tinha vergonha de tirar a camisa por causa da gordura porque uma vez que eu tirei a camisa “Ahh o gordo tem teta o gordo tem teta...menina” [...] (JKS)

Os sentimentos despertados pelo estigma, provavelmente, geram baixa autoestima, o que reflete em uma maior dificuldade em perder peso, não priorização de comportamentos que beneficiem a condição clínica, estilo de vida sedentário e falta de apoio familiar para a realização da dieta. Ainda, a falta de apoio médico também pode propiciar maiores dificuldades. O estudo realizado por Hebl e Xu (2001) mostrou que o peso de um paciente afetou significativamente a forma como os médicos o viam e o tratavam. Embora solicitassem mais testes para pacientes mais pesados, os médicos indicaram que gastariam menos tempo com eles, e, na parte do formulário quanto a reações afetivas e comportamentais, demonstraram uma visão mais negativa dos pacientes obesos em relação aos demais. É possível inferir também que, de alguma forma, tais reações são transparecidas aos pacientes, e o estudo de Malterud e Ulriksen (2011) valida essa hipótese. Os pacientes que se sentiam julgados ou maltratados em ambientes clínicos por causa de seu *status* de peso relataram evitar cuidados preventivos, resultando em menos acesso a conselhos profissionais para perda de peso, suporte e tratamentos médicos.

Sutin e Terracciano (2013), em estudo prospectivo com 6157 adultos, mostraram que aqueles que relataram discriminação relacionada ao peso tinham 2,5 vezes mais probabilidade de se tornarem obesos e 3 vezes mais chances de permanecerem obesos 4 anos depois. Corroborando essa análise, no estudo de Vartanian e Novak (2010), 111 adultos norte-americanos que se consideravam acima do peso relataram experiências de estigma de peso e atitudes antigordura internalizadas que causavam privação de exercícios (principalmente em academias) e execução de exercícios menos extenuantes.

[...] e eu nunca me cuidava também...diziam pra eu me cuidar e ahhh eu não dava bola...e agora tô pagando o preço (NBUC)

Na fala de (NBUC), é nítido o processo de culpabilização frente à própria estigmatização da obesidade, pois diversas pessoas diziam para se cuidar; no entanto, a situação se agravou sem que conseguisse reverter o quadro clínico. Sendo assim, reitera-se a importância de se problematizar o conceito de autocuidado para que não se reforce essa ideia culpabilizadora.

Ah, agora por causa que vai dando os problema de saúde né...quando a gente é novo não tem nada tudo tá bom né [...] (UNU)

Já no relato de (UNU), aparece a ideia do cuidado apenas quando surgem as doenças associadas à obesidade, o que demonstra que a obesidade em si não é vista como uma doença. Todavia, isso não é observado na fala de todos os sujeitos da pesquisa. Alguns começam a desenvolver o autocuidado não por essa preocupação com as complicações ocasionadas pela obesidade, e sim por uma tentativa de escapar de pressões sociais e emocionais.

Essas pressões sociais sugerem, ainda mais, que a falta de autocuidado é um julgamento que atinge diretamente o indivíduo que sofre. O estudo de Vartanian (2013, p.01) mostrou a impressão de 135 indivíduos frente a uma mulher ou a um homem magro. Em seguida, mostravam uma imagem do mesmo indivíduo antes da redução de peso, seja por meio de cirurgia, seja por dieta e exercícios. O resultado foi que, depois de saberem sobre a perda de peso anterior, os participantes avaliaram o indivíduo que perdeu peso por causa da cirurgia como significativamente mais preguiçoso e desleixado. Já o indivíduo que tinha perdido peso por meio de dieta e exercício não foi avaliado de forma tão severa. Essa análise, provavelmente, se deve ao fato de os participantes verem os pacientes de cirurgia como menos responsáveis pela perda de peso. Então percebe-se a dificuldade de tratamento, uma vez que o paciente sofre preconceito por ser obeso e pesquisas indicam que indivíduos que sofrem estigmatização baseada no peso são mais propensos a comer demais e compulsivamente. Só que os mesmos também sofrem estigmatização ao realizar a cirurgia, o

que revela falta de conhecimento dos outros. A cirurgia bariátrica, embora facilite a perda de peso, exige que o paciente siga uma dieta rigorosa, além de um plano de exercícios para manter o peso. Isso, certamente, requer esforço. Assim, o estigma em relação à cirurgia de obesidade pode interferir na motivação de indivíduos obesos em aderir às mudanças de comportamento recomendadas pós-cirurgia, o que pode resultar em menos sucesso na perda de peso e menos benefícios à saúde.

No trecho abaixo de (SSS), percebe-se a consciência em relação ao esforço pós-cirurgia e à crença de que somente com a cirurgia conseguirá perder peso considerável.

[...] se eu fizer a cirurgia do estômago eu sei que eu vou...se eu não comer aquilo que tem que ser...que o nutricionista me mandar...eu sei que eu vou passar mal...eu sei que vai acontecer algo errado comigo então o que eu tenho que fazer...eu tenho que seguir aquela norma [...] (SSS)

Dessa forma, fica evidente que a falta de autocuidado está atrelada à estigmatização da obesidade. E as consequências (comer mais, evitar cuidados preventivos, não frequentar academia, não receber suporte médico isento de julgamento) reforçam o estigma e dificultam ainda mais o tratamento.

Interferência familiar na obesidade

Essa categoria foi a mais citada, uma vez que todos os participantes da pesquisa de alguma forma fizeram menção à interferência familiar na obesidade. Seja genética, seja falta de apoio, seja padrão alimentar, seja privação na infância, todos os itens foram mencionados e agrupados nessa categoria.

É consenso que a obesidade é uma condição complexa, determinada por fatores genéticos, psicológicos, familiares e culturais. Segundo Dalgalarrodo (2008, p. 342),

Embora haja muita controvérsia sobre se há de fato um perfil constante de personalidade no obeso, classicamente ele foi descrito, do ponto de vista emocional, como imaturo e muito sensível à frustração. Seria um indivíduo que recorre à comida como forma de compensação do afeto de que carece e que sente que nunca o recebe de forma adequada. Deve ser, entretanto, enfatizado que tais mecanismos, embora encontrados em alguns indivíduos obesos, não podem ser generalizados.

Na fala de (NDC), fica evidente a busca pela comida como forma de compensação do afeto que julga não receber dos pais.

[...] talvez um pouco de falta de atenção acho...dos meus pais...quando eu era pequena...falta de cuidado deles [...](NDC)

Já da fala de (JKS), pode-se inferir esse mesmo comportamento de compensação, devido à relação conflituosa com o pai. O pai era militar e impunha regras rigorosas em casa, incluindo restrição alimentar. Os alimentos só podiam ser consumidos com a permissão dele e na quantidade determinada. Ao longo do relato de (JKS), é nítida a mágoa existente em relação ao pai e o quanto isso repercute na sua saúde.

[...] eu digo que foi o pai foi essa privação de ver as coisas dentro de casa e não podê come aí quando eu comecei a trabalha eu comecei a comer tudo aquilo que eu não comia antes que eu via e não comia e daí que eu comecei a explodir [...](JKS)

No trecho acima, nota-se que, além de comer para preencher um vazio afetivo em relação ao pai, JKS come como uma forma de ainda confrontar o pai como na infância, pois agora ele é quem tem o poder decisório sobre o quê e o quanto comer. No relato de (MP), percebe-se também a ideia de compensar a privação da infância na fase adulta em que pode comprar e decidir o que comer. Um desejo reprimido que se manifesta de forma exacerbada.

[...] uma família mais humilde e as vezes a gente queria comer certas coisas e não tinha...né...não tinha...não davam...e depois de adulto a gente come né [...](MP)

Percebe-se, nesses relatos, que a influência familiar deve-se aos sentimentos gerados, como, por exemplo, abandono e raiva. Vale lembrar o que já foi citado quanto à dificuldade que os obesos têm para identificar o que é fome e o que é desconforto, sensação desagradável, ansiedade. O mal-estar é erroneamente percebido como fome.

Outro ponto a ser observado é que há estudos que sugerem que determinados estilos parentais, quando exercidos de forma inflexível, promovem a perda da capacidade natural da criança para interpretar os próprios sinais de fome e de saciedade, constituindo um fator de risco para o excesso alimentar e conseqüente excesso de peso. De acordo com Scaglioni et al. (2008), os pais desempenham um papel fundamental no desenvolvimento das preferências alimentares de seus filhos, com pesquisas indicando que certas práticas de alimentação infantil, como, por exemplo, exercer um controle excessivo sobre o que e quanto as crianças comem, pode contribuir para o excesso de peso na infância.

Quanto à genética e a padrões alimentares, consegue-se traçar um panorama que vai além da questão psicológica e afetiva. Cinco dos oito sujeitos da pesquisa citam a genética e/ou a descendência familiar como fator motivador do quadro clínico da obesidade.

[...] a minha genética que é de pessoas obesa né [...] (MP)

[...] a mãe da minha mãe sempre foi como diz a nona né...italiana...preparava comida em quantia tinha sempre sete oito tipo de variedade de comida na hora do almoço e a noite também então a gente sempre veio com esse negócio de almoço comida pesada meio dia e a noite de novo [...] (JKS)

De acordo com Santos e Brazão (2010, p. 87),

Os estudos de análise genética comportamental sugerem que a similaridade genética explica em mais de 50% a variação do fenótipo de adiposidade em membros da mesma família. Por outro lado, vários estudos têm demonstrado que o modo como nos alimentamos, e as nossas preferências e rejeições a determinados alimentos, estão fortemente condicionados pelos

contextos familiares a que somos expostos durante a infância, sendo esta uma fase de vida privilegiada para a construção e adoção de hábitos e práticas alimentares.

A hipótese da obesidade dos pais ser um forte determinante da obesidade nos filhos vem sendo investigada. O estudo de Lee et al. (1997) sugere que um indivíduo cujo pai, mãe, irmão ou irmã tenha um IMC ≥ 40 kg/m² apresenta risco cinco vezes maior de desenvolver obesidade, quando comparado com indivíduos cujos familiares de primeiro grau apresentam IMC dentro da referência adequada. Em um estudo mais recente, que utilizou os dados da *British birth cohort*, Li et al. (2009) verificaram que o efeito do IMC dos pais em fase adulta era tão bom preditor de excesso de peso/obesidade nos filhos quanto o IMC dos pais quando estes eram crianças, sugerindo uma interação entre as influências ambientais e as genéticas.

Desde o nascimento, as predisposições genéticas são modificadas pela experiência. A criança observa os alimentos consumidos de acordo com a cultura familiar e, a partir disso, desenvolve preferências alimentares e compreende quando, o que e quanto deve ingerir. Por isso a importância de realizar a fase de introdução dos alimentos para a criança com a maior variedade de alimentos possível e deixar que ela mesma decida o quanto quer comer, sem a necessidade de insistir ou brigar para que coma mais. Diversos estudos têm revelado a importância do ambiente familiar para o desenvolvimento de padrões dietéticos e de obesidade infantil. Então, sim, a genética influencia no quadro clínico da obesidade, mas as experiências contribuem de maneira muito considerável também. Isso pode ser observado nos relatos abaixo quando os sujeitos da pesquisa foram questionados sobre quais hábitos, no contexto da alimentação, eles consideravam de origem familiar.

[...] tem uns da minha família que não gostam de salada...esse arroz integral ninguém gosta de come [...] (TQT)

[...] aí ele quer massa todo dia...daí a gente comendo junto... (TQT)

[...] feijão...arroz....pão...o pão...o pão nunca faltou né [...] (TQT)

[...] a gente se criou...que nem no caso a minha mãe cozinheira né...eu padeiro confeitiro então a nossa origem é...foi...tipo...doce...comida grossa...se eu pudesse fazer...a gente pode...mas é que das vezes eu peço pra ela fazer...se eu tivesse salada todo dia e fizesse arroz integral todo dia...ia ser uma coisa diferente todo dia...eu acho que eu conseguia me adaptar melhor [...] (SSS)

[...] a minha mãe trabalhava de cozinheira naquela época...e nós era tudo criança na época...mas eu via ela fazendo a gente queria fazer coisa...em volta do fogão..queria ajudar [...] (SSS)

Que é a origem italiana...que é os hábito de come muito pão pão caseiro, massa, salame, queijo essas coisas assim né [...] (TDDU)

[...] meu pai sempre teve restaurante então sempre ensinou essas coisas assim hoje eu sei fazer várias coisas tudo aprendi com ele [...] (TDDU)

[...] a gente tinha criação tinha porco tinha tudo né a gente fazia as comida nossa era tudo a gente que né tinha lá fora e tudo era de bastante tudo acostumado a comer de bastante e tudo era assim gordo (UNU)

Quanto ao padrão alimentar familiar, deve-se lembrar que é determinado, em primeiro lugar, pela família. Com o desenvolvimento da criança, fatores culturais e sociais também interferem (Ramos; Stein, 2000). Então, é de extrema relevância cuidar os padrões alimentares na infância, já que estudos, como o de Vecchia (2003), mostram que um dos fatores de risco para a obesidade adulta seria a obesidade infantil. Sendo assim, muitas crianças obesas tornam-se adultos obesos, e a prevalência de obesidade é duas vezes maior em famílias de indivíduos obesos e até oito vezes em famílias com obesos mórbidos (Vecchia, 2003).

Vivências emocionais e desenvolvimento da obesidade mórbida

A obesidade mórbida traz um grande impacto à saúde mental, física e psicossocial dos pacientes. Estudos demonstraram a associação entre sintomas depressivos e obesidade ou ganho de peso (Black et al., 1992; Yanovski et al., 2003; Matos et al., 2002).

Para Ades e Kerbauy (2002, p.197-216), depressão, esquivas sociais e prejuízo da qualidade de vida podem estar relacionados à obesidade. O quadro torna-se mais preocupante em obesos mórbidos, uma vez que o isolamento social é maior, provocado pela sensação de inadequação frente aos padrões sociais vigentes (Da Silva et al., 2006). O estudo de Baptista et al. (2008, p.235-247), realizado com pacientes que esperavam a realização da cirurgia bariátrica e com os que já haviam realizado, mostrou que o luto por um ente querido é fator de risco para depressão e, conseqüentemente, ganho de peso. Ao processo de luto, vale ressaltar que, de acordo com Baptista et al. (2008, p.242),

...a perda de um ente querido (luto) pode levar também a uma desestruturação e percepção diferenciada do indivíduo acerca dos eventos e ambientes que o cercam, sendo que nestes casos é necessário um diagnóstico diferencial para avaliar se os sintomas estão relacionados às situações estressantes e as perdas, ou se a sintomatologia caracteriza quadros depressivos.

Outro ponto observado no estudo foi a relação entre a procura por tratamento para a obesidade mórbida e o sexo. A amostra de pacientes era predominantemente do sexo feminino, confirmando a literatura existente sobre essa variável (Wadden et al., 2001; De Zwaan et al., 2002; Laferrère et al., 2002). No presente estudo, seis dos oito sujeitos da pesquisa eram mulheres, corroborando outros estudos. A justificativa para tal achado sugere o maior estresse psicológico ocasionado pela maior pressão social motivada pelos padrões de beleza inatingíveis divulgados na mídia.

A exemplo do que foi mencionado anteriormente, seguem alguns relatos.

[...] eu tava comendo muito depois que eu perdi ele...pelo fato de não ter com quem conversar né [...] (NBUC)

Só eu da família...daí me chamam de gorda isso gorda aquilo...mexem (NBUC)

[...] tudo é feio...se quisesse tinha arrumado outro tinha arrumado mas...eu tenho vergonha [...] (NBUC)

Nas falas de NBUC, ficam evidentes as questões da depressão atreladas ao fato de ser viúva, da falta de apoio e da vergonha por ser a única da família com dificuldade com peso. A vergonha agrava o isolamento e a coloca no ciclo de comer para preencher o vazio, assim como o luto pelo marido, que transparecia ainda ser bem difícil de comunicar. NBUC, além de sofrer a pressão social e familiar por ser uma mulher obesa, se sente julgada por ser viúva. Nesse caso, a família pode contribuir para a disseminação do estigma e da baixa autoestima, com recriminações, comentários e apelidos depreciativos. Tais atitudes podem ser sentidas como exclusão afetiva, reforçada pela cobrança de caráter altamente depreciativo e desmotivador (Burd, 2004).

O trabalho de Almeida et al. (2012, p.158) evidenciou que a depressão, antes da cirurgia bariátrica, era leve e, nos dois momentos após a cirurgia (6 e 12 meses), era de depressão mínima. Portanto, mostrou uma redução entre o pré-operatório e os dois momentos de pós-operatórios, o que sugere que a depressão possa ser um fator significativo no quadro de obesidade destes pacientes. Uma das justificativas dadas pelos autores para a diminuição dos índices de depressão é a diminuição da insatisfação corporal. A este processo, vale destacar que afeta negativamente o tratamento clínico da obesidade, influenciando o comportamento, o bem-estar mental e a qualidade de vida. A insatisfação corporal é um importante fator a ser abordado para engajar comportamentos que levem à redução do peso corporal (Grave et al., 2007). Os autores alertam também que não se deve creditar a redução do quadro depressivo somente à perda de peso e à melhora na qualidade de vida do paciente, uma vez que o estado emocional dos indivíduos pode ser alterado por diversos acontecimentos.

Com os relatos e estudos analisados, acredita-se na hipótese de que múltiplos acontecimentos podem levar à depressão e essa, à obesidade. E todo o quadro clínico da obesidade pode manter o indivíduo em depressão principalmente pela insatisfação com a imagem corporal e, conseqüentemente, baixa autoestima e pressão social.

A seguir, alguns relatos para exemplificar os reflexos do apoio familiar e conjugal.

[...] um apoio sempre é bom...de alguém...quando eu comecei a namorar com ele que a minha vida mudou bastante [...] (NDC)

[...] nesse um ano eles me ajudaram bastante tanto um quanto o outro...eu perdi bastante peso (NDC)

Os reflexos do apoio familiar ou conjugal apresentam-se predominantemente de duas formas, de acordo com Bendiner (2012, p.19): uma em que a família sente-se ameaçada quando alguém decide mudar seus hábitos alimentares, e outra em que há apoio familiar quando um de seus membros decide perder peso, não havendo sensação de ameaça ou de interferência por parte da família.

Segundo Burd (2004), emagrecer poderia significar deixar de fazer parte e, na tentativa de manter a dinâmica familiar sem alteração de papéis, não haveria apoio familiar quando um dos membros resolve iniciar o emagrecimento. No entanto, no caso de NDC, ela relata que os pais também iniciaram dieta e que seu cônjuge a ajuda muito nesse processo de emagrecimento. Percebe-se então que houve um efetivo apoio familiar, provavelmente porque a dinâmica familiar foi mantida, já que todos optaram pelo emagrecimento. Diferentemente do que ocorreu com NDC na infância, cujo depoimento revela a falta de cuidado dos pais, o que provavelmente gerou a sensação de vazio e, conseqüentemente, o comer descontrolado como forma de preenchimento. Dessa forma, o apoio familiar parece ter um efeito motivador para o emagrecimento desde que seja uma decisão conjunta. Essa conclusão é bastante válida

no tratamento da obesidade, pois percebe-se a importância de abordar não só o paciente, mas também a família para se obter sucesso. Provavelmente, essa questão vá além do apoio psicológico, uma vez que as famílias têm o costume de fazer as refeições com todos os membros na mesa e isso facilita que todos se adaptem aos novos hábitos alimentares sem que precisem lidar com a questão de recusar alimentos que outro familiar está comendo na mesma mesa.

Crenças populares

Nesta categoria, foram agrupadas crenças populares apresentadas como justificativa para o quadro clínico da obesidade, como, gordura no estômago, água do parto e consumo de vitaminas na infância. Três dos oito sujeitos da pesquisa relataram que o consumo de vitaminas para engordar na infância poderia ter desencadeado a obesidade.

[...] primeiro foi o problema de não engorda [...] aí tomava vitamina vitamina aqueles biotônico não sei o que...tá aí hahahaha (TDDU)

Ao colocar, no site de busca *Google*, perguntas como, “*Como fazer meu filho comer mais?*”, e “*Qual a melhor vitamina infantil para engordar?*” o Biotônico Fontoura, indutor de apetite desenvolvido há mais de 100 anos, não apareceu como resposta na primeira página. No entanto, por meio da busca, acredita-se na hipótese de ser uma crença popular difundida em conversas entre os indivíduos.

Na literatura científica, não foram encontrados trabalhos que relacionem o uso de estimulantes do apetite à obesidade infantil. Em reportagem para o jornal *Estadão*, o médico Mauro Fisberg, do Departamento Científico de Nutrologia Pediátrica da Sociedade Brasileira de Pediatria, afirma que os estimulantes de apetite têm efeito muito rápido. Pode-se imaginar que quem consome estimulantes de apetite cria o hábito de comer mais e desenvolve um risco maior de se tornar um adulto obeso; no entanto, parece que, assim como a criança come mais,

ela também elimina mais rápido, não ocasionando ganho de peso.

Ramos e Coelho (2016), em um estudo qualitativo, buscaram identificar as representações sociais elaboradas por mães sobre o apetite dos filhos e os medicamentos utilizados para modificá-lo. Foram realizadas quinze entrevistas com mães que deram aos seus filhos medicamentos para estimular o apetite. Dentre as razões para tal uso, eles encontraram: insatisfação materna com o volume habitual, seletividade de alimentos ingeridos por seus filhos e vontade de regular as horas em que a criança deveria comer. Supõe-se uma visão de valorização sociofamiliar do ganho de peso da criança como indicativo de saúde, assunto abordado na categoria anterior. O problema é que isso prejudica a percepção das mães com relação ao sobrepeso dos filhos. As interpretações das mães acerca da relação alimento-peso-saúde podem originar uma busca equivocada por medicamentos que tenham a capacidade, em sua crença, de intervir no apetite e, conseqüentemente, no peso das crianças (Soares, 2011; Marín e Castillo, 2000).

Outras duas crenças mencionadas foram que gordura no estômago e ingerir água do parto poderiam propiciar a obesidade. Não há relatos na literatura científica que sustentem tais ideias. Todavia, a partir disso, é muito relevante abordarmos a questão da crença. Para o filósofo Immanuel Kant, crença é “Meio-termo entre a opinião e o saber”. Dentro do conhecimento da área da saúde, as crenças são elos que podem facilitar a aproximação do cuidador com o ser que é cuidado, desde que as crenças do paciente sejam respeitadas.

O homem, além de ser um animal racional, é um animal emotivo. Por isso, muitas vezes, fornece, por meio da imaginação, respostas aos problemas que o angustiam e para os quais a racionalidade e a realidade nem sempre sabem ou podem dar resposta. A forma como a doença é percebida, os mitos que são criados em torno dela, transformam-na em um fator de transtorno social quando o tipo de crença aumenta a discriminação da pessoa que é portadora

da doença. Sendo assim, o observar, o sentir, o perceber e o compreender tornam-se formas mais abrangentes de se construir conhecimento a cerca da história do paciente. É importante acolhê-lo verdadeiramente, e evitar frases corriqueiras como “Você até pode fazer isso, desde que siga esse outro tratamento também.” ou “Você pode pensar isso, desde que faça a dieta e atividade física”. Desmerecer a crença alheia afasta o indivíduo da equipe multidisciplinar e, conseqüentemente, do tratamento.

CONCLUSÃO

Neste estudo, foram encontradas situações de potencial reforço para obesidade, bem como fatores com potencial proteção para tal condição. Quanto à ansiedade, ressalta-se que ela, provavelmente, não seja a causa da obesidade, embora possa contribuir. Quanto à falta de autocuidado, destaca-se a estigmatização da obesidade e o quanto isso dificulta o tratamento. A interferência familiar é, com certeza, o fator de maior contribuição, por isso prevenir precocemente a obesidade na infância é fundamental para que no futuro crianças não sofram com comorbidades dessa doença. Frente às crenças populares, elas podem facilitar a aproximação do cuidador com o ser que é cuidado desde que sejam respeitadas; quanto às vivências emocionais, salienta-se o apoio familiar.

Embora o estudo apresente limitações como, viés de memória, uma vez que os participantes podem não se lembrar de eventos ou experiências prévias de forma acurada, ou como, a interpretação subjetiva dos autores, a abordagem permitiu fundamentar a obesidade como doença multifatorial e a necessidade de abordar de forma realmente ampla, uma vez que a causa está longe de ser resumida por meio da genética e a resolução longe de ser efetiva somente com a cirurgia bariátrica. Valorizar a prevenção e a promoção a saúde de forma multidisciplinar é essencial para o sucesso do tratamento.

REFERÊNCIAS

ADES, Lia; KERBAUY, Rachel Rodrigues. Obesidade: realidades e indagações. *Psicol. USP*, São Paulo, v.13, n.1, p. 197-216, 2002. DOI:10.1590/S0103-65642002000100010.

ALMEIDA, Sebastião Sousa; ZANATTA, Daniela Peroco; REZENDE, Fabiana Faria. Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. *Estud. psicol.* (Natal), Natal, v. 17, n. 1, p.153-160, abr. 2012. DOI: 10.1590/S1413-294X2012000100019.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 5a ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.

BAPTISTA, Makilim Nunes; VARGAS, Juliana Furlan; BAPTISTA, Adriana Said Daher. Depressão e qualidade de vida em uma amostra brasileira de obesos mórbidos. *Aval. psicol.*, Porto Alegre v.7, n.2, p. 235-247, ago. 2008.

BENDINER, Nathalia. *Um olhar além do componente genético*. 41fl. Trabalho de conclusão do curso de Especialização em Terapia Relacional Sistêmica - Familiar Instituto Sistêmico, Santa Catarina, 2012.

BLACK, Donald W. et al. Depression and other mental disorders in the relatives of morbidly obese patients. *J Affect Disord*, v.25, n.2, p.91-95, jun. 1992. DOI: 10.1016/0165-0327(92)90071-d.

BRASIL. Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019. Brasília: 2019.

BRAZÃO, Nádia, SANTOS, Osvaldo. Transgeracionalidade na obesidade infantil. *Endocrinologia, Diabetes & Obesidade*, v. 4, n. 2, p. 87-94, abr./jun. 2010.

BURD, M. Obesidade e família. Em: MELLO FILHO, J.; BURD, M. *Doença e família*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 299-321.

DA SILVA, M. Paes. et al. *Obesidade e qualidade de vida*. *Acta Med Port*, v.19, p. 247-250, 2006.

DALGALARRONDO, Paulo. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DE ZWAAN, M. et al. Two measures of health-related quality of life in morbid obesity. *Obes Res.*, v.10, n.11, p.1143-1151, nov. 2002. DOI: 10.1038/oby.2002.155.

ESPÍNDOLA, Cybele Ribeiro; FORTALEZA, Mariana Cavalcanti e DE MENEZES, Catarina Nívea Bezerra. Condições afetivo/emocionais entre pacientes obesos e pacientes submetidos à Cirurgia Bariátrica. *Revista Humanidades*. 2013; 28(1): 60-69.

FONSÊCA, Priscilla Caroline Alvin. *Obesidade como sintoma: algumas considerações sob ótica da psicanálise*. 15 fl. Trabalho de conclusão de curso – Centro Universitário Jorge Amado, 2009.

FRANCISCO, Lucas Vieira, DIEZ-GARCIA, Rosa Wanda. Abordagem terapêutica da obesidade: entre conceitos e preconceitos. *DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde*, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 705-716, 2015. DOI: 10.12957/demetra.2015.16095

FREUD, S. *As pulsões e suas vicissitudes*. Edição *standard* brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. 1996; 14.

GRAVE, Riccardo Dalle, et al. *The effect of obesity management on body image in patients seeking treatment at medical centers*. *Obesity (Silver Spring)*, v. 15, n.9, p. 2320-2327, set. 2007. DOI: 10.1038/oby.2007.275.

HALPERN, Alfredo. *Obesidade – Conhecer e Enfrentar*. São Paulo: Contexto, 2001.

HEBL, M.R., XU, J. Weighing the care: physicians' reactions to the size of a patient. *Int J Obes Relat Metab Disord*, v. 25, n. 8, p. 1246-1252, fev. 2001. DOI: 10.1038/sj.ijo.0801681.

KAPLAN, Harold Irwin e SADOCK, Benjamin James. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

LAFERRÈRE Blandine et al. Race, menopause, health-related quality of life, and psychological well-being in obese women. *Obes Res.*, v.10, n.12, p.1270-1275, dez. 2002. DOI: 10.1038/oby.2002.172.

LEE, J.H, REED, D.R.; PRICE, R.A. Familial risk ratios for extreme obesity: implications for mapping human obesity genes. *Int J Obes Relat Metab Disord*, v. 21, n. 10, p. 935-940, out. 1997. DOI:10.1038/sj.ijo.0800498.

LI, Leah, et al. Intergenerational influences on childhood body mass index: the effect of parental body mass index trajectories. *Am J Clin Nutr.*, v. 89, n. 2, p. 551-557, dez. 2008. DOI: 10.3945/ajcn.2008.26759.

MACHADO, Mariana; ROCHA, Pedro. *Médicos alertam para os perigos dos estimulantes de apetite*. Entrevista com Mauro Fisberg. Estadão. Disponível em: <<https://infograficos.estadao.com.br/focas/tanto-remedio-para-que/corpo-9.php>>. Acesso em: 20 dez. 2020.

MALTERUD, Kirsti; ULRIKSEN, Kjersti. Obesity, stigma, and responsibility in health care: A synthesis of qualitative studies. *Int J Qual Stud Health Well-being*, v. 6, n. 4, p. 01-11, nov. 2011. DOI: 10.3402/qhw.v6i4.8404.

MARÍN B., Verónica; CASTILLO D., Carlos. El niño que no quiere comer. *Rev. chil. pediatr.*, Santiago, v. 71, n. 2, p. 139-141, março 2000. DOI: 10.4067/S0370-41062000000200010.

MATOS, Maria Isabel R. et al. Binge eating disorder, anxiety, depression and body image in grade III obesity patients. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v.24, n.4, p.165-169, 2002. DOI: 10.1590/S1516-44462002000400004.

MINAYO, Maria Cecília. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*. 2017; 5(7):01-12.

MUNHON, Maiara de Lima; MIGOTT, Ana Maria Bellani. Alterações psicológicas em indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*. 2017;11 (66):403-411.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CID-10 – *Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10*: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: Artmed, 1993.

POGGI, Bibiana da Gama. *O movimento da pulsão oral em mulheres que se submeteram à cirurgia bariátrica*. 147 fl. Dissertação como exigência parcial para título de mestre em psicologia clínica – Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2007.

PORCU, Mauro, et al. Prevalência de transtornos depressivos e de ansiedade em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, v. 33, n. 2, p. 165-171, jul. 2011.

RAMOS, Maurem; STEIN, Lilian M. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. *Jornal de Pediatria*, v. 76, n. 3, p. 229-237, 2000.

RAMOS, Diego Carneiro; COELHO, Thereza Christina Bahia. Representação social de mães sobre alimentação e uso de estimulantes do apetite em crianças: satisfação, normalidade e poder. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 233-254, jun. 2017. DOI: 10.1590/s0103-73312017000200004.

SCAGLIONI Silvia, SALVIONI Michela; GALIMBERTI Cinzia. Influence of parental attitudes in the development of children eating behaviour. *Br J Nutr.*, n. 99, p. 22-25, fev. 2008. DOI: 10.1017/S0007114508892471.

SEIXAS, Cristiane Marques. *Um corpo em questão: considerações psicanalíticas sobre a obesidade*. Em: III Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental, Rio de Janeiro, 2008.

SOARES, Micheli Dantas. *Práticas de cuidado alimentar de crianças e sentidos atribuídos aos discursos sobre alimentação e nutrição por cuidadores domiciliares*. 158 fl. Tese como requisito parcial para obtenção do Grau de Doutora em Saúde Pública – Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2011.

SPITZER, Robert L. et al. Binge eating disorder: a multisite field trial of the diagnostic criteria. *Int J Eat Dis.* 1992;11(3):191-203.

SUTIN, Angelina R.; TERRACCIANO, Antonio. Perceived weight discrimination and obesity. *PLoS One*, v. 8, n. 7, julho 2013. DOI: 10.1371/journal.pone.0070048.

VARTANIAN, Lenny R.; FARDOULY, Jasmine. The stigma of obesity surgery: negative evaluations based on weight loss history. *Obes Surg.*, v. 23, n. 10, p. 1545-1550, out. 2013. DOI: 10.1007/s11695-013-0918-y.

VARTANIAN, Lenny R.; NOVAK, Sarah A. Internalized societal attitudes moderate the impact of weight stigma on avoidance of exercise. *Obesity* (Silver Spring), v. 19, n. 4, p. 757-762, abr. 2011. DOI: 10.1038/oby.2010.234.

WADDEN, Thomas A. et al. Psychosocial aspects of obesity and obesity surgery. *Surg Clin North Am.*, v.81, n.5, p.1001-1024, out. 2001. DOI:10.1016/s0039-6109(05)70181-x.

World Health Organization. Obesity and overweight. Geneva: World Health Organization; 2020.

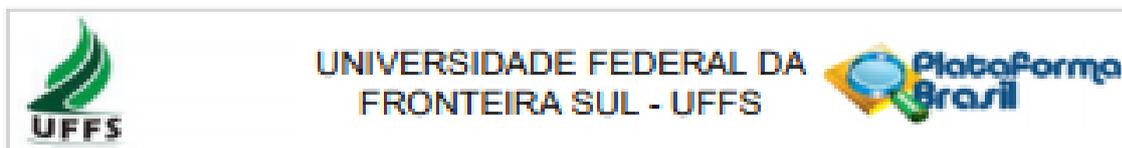
YANOVSKI, Susan Z. et al. Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *Am J Psychiatry*, v.150, n.10, p. 1472-1479, out. 1993. DOI: 10.1176/ajp.150.10.1472.

Financiamento: As despesas relacionadas à execução do trabalho foram custeadas pela equipe de pesquisa.

Declaramos ausência de conflitos de interesse.

4. ANEXOS

4.1 ANEXO 1 – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A VISÃO DE PACIENTES OBESOS MÔRBIDOS SOBRE OS DETERMINANTES DE ORIGEM FAMILIAR E SUAS INFLUÊNCIAS EM SEUS ESTADOS

Pesquisador: Rogério Tomasi Riffel

Versão: 2

CAAE: 30081520.7.0000.5564

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

DADOS DO COMPROVANTE

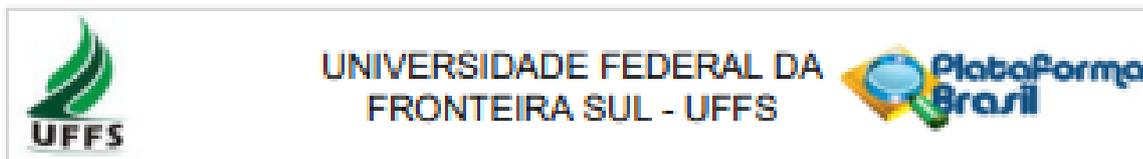
Número do Comprovante: 024622/2020

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Informamos que o projeto A VISÃO DE PACIENTES OBESOS MÔRBIDOS SOBRE OS DETERMINANTES DE ORIGEM FAMILIAR E SUAS INFLUÊNCIAS EM SEUS ESTADOS NUTRICIONAIS que tem como pesquisador responsável Rogério Tomasi Riffel, foi recebido para análise ética no CEP Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS em 18/03/2020 às 15:52.

Endereço: Rodovia SC-484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.015-800
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br

4.2 ANEXO 2 – PARECER DE APROVAÇÃO DO PROTOCOLO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A VISÃO DE PACIENTES OBESOS MÓRBIDOS SOBRE OS DETERMINANTES DE ORIGEM FAMILIAR E SUAS INFLUÊNCIAS EM SEUS ESTADOS NUTRICIONAIS

Pesquisador: Rogério Tomasi Riffel

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 30081520.7.0000.5564

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.009.424

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma reapresentação de projeto de pesquisa em que haviam permanecido pendências éticas. Todas as pendências foram respondidas pelo pesquisador de forma qualificada.

Objetivo da Pesquisa:

Adequado

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Respondeu a todas as pendências de forma satisfatória.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Respondeu a todas as pendências de forma satisfatória.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Respondeu a todas as pendências de forma satisfatória.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador(a)

A partir desse momento o CEP passa a ser corresponsável, em termos éticos, do seu projeto de

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-800
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3743 **E-mail:** cep.ufff@ufff.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 4.009.434

pesquisa – vide artigo X.3.9. da Resolução 466 de 12/12/2012.

Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa. Tenha em mente a Resolução CNS 466 de 12/12/2012, a Norma Operacional CNS 001/2013 e o Capítulo III da Resolução CNS 251/1997. A página do CEP/UFFS apresenta alguns pontos no documento “Deveres do Pesquisador”.

Lembre-se que:

1. No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer consubstanciado, deverá ser enviado um relatório parcial a este CEP (via NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil) referindo em que fase do projeto a pesquisa se encontra. Veja modelo na página do CEP/UFFS. Um novo relatório parcial deverá ser enviado a cada 6 meses, até que seja enviado o relatório final.
2. Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP por meio de EMENDA, na Plataforma Brasil. O não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto.
3. Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final por meio de NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil. Deverá ser anexado comprovação de publicização dos resultados. Veja modelo na página do CEP/UFFS.

Em caso de dúvida:

Contate o CEP/UFFS: (49) 2049-3745 (8:00 às 12:00 e 14:00 às 17:00) ou cep.uffs@uffs.edu.br;

Contate a Plataforma Brasil pelo telefone 136, opção 8 e opção 9, solicitando ao atendente suporte Plataforma Brasil das 08h às 20h, de segunda a sexta;

Contate a “central de suporte” da Plataforma Brasil, clicando no ícone no canto superior direito da página eletrônica da Plataforma Brasil. O atendimento é online.

Boa pesquisa!

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1512708.pdf	04/05/2020 15:57:26		Aceito
Outros	Carta_de_pendencias.pdf	04/05/2020 15:51:53	Rogério Tomasi Riffel	Aceito

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Cidade: Área Rural

CEP: 89.015-000

UF: SC

Município: CHAPICO

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 4.009.424

Declaração de concordância	DECLARACAO_DE_Ciencia_E_CONC ORDANCIA.pdf	04/05/2020 15:50:37	Rogério Tomasi Riffel	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCE_uma_folha.pdf	05/03/2020 16:50:58	Rogério Tomasi Riffel	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_carmelia.pdf	05/03/2020 09:34:47	Rogério Tomasi Riffel	Aceito
Outros	CLASSIFICACAO.pdf	17/02/2020 11:48:39	Rogério Tomasi Riffel	Aceito
Outros	ROTEIRO.pdf	17/02/2020 11:46:26	Rogério Tomasi Riffel	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	17/02/2020 11:44:07	Rogério Tomasi Riffel	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CHAPECO, 05 de Maio de 2020

Assinado por:

Fabiana de Andrade Leite
(Coordenador(a))

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Bairro: Área Rural

CEP: 89.815-808

UF: SC

Município: CHAPECO

Telefone: (49)2049-3743

E-mail: cnp.uffs@uffs.edu.br

4.3 ANEXO 3 – ACEITE DE ORIENTAÇÃO E COORIENTAÇÃO**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL****CAMPUS PASSO FUNDO/RS****CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA****TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO – TCC****FORMULÁRIO DE ACEITE DE ORIENTAÇÃO E COORIENTAÇÃO**

Eu, professor(a) _____,
aceito orientar o TCC do(a) Acadêmico(a) _____,
cujo tema provisório é _____
_____.

Eu, _____, aceito coorientar o
TCC do(a) Acadêmico(a) _____, cujo tema provisório
é _____.

Por ser verdade, firmo o presente documento.

Passo Fundo, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Orientador(a)

Assinatura do(a) Coorientador(a)

Assinatura do(a) Acadêmico(a)

4.4 ANEXO 4 – NORMAS DA REVISTA

Artigos: Apresentação de resultado de pesquisa de natureza empírica ou conceitual. Tamanho entre 4.000 e 7.000 palavras, sem contar referências bibliográficas, figuras e notas.

Apresentação do manuscrito

Colaborações devem ser digitadas no Word, na fonte Times New Roman, em corpo 12, em espaço duplo. Artigos, ensaios e debates devem ainda conter um resumo em português e em inglês (abstract) de, no máximo, 200 palavras, e título em inglês, além do título na língua original. Os manuscritos podem ser apresentados em português, espanhol, inglês e francês. O título deve ser conciso e representativo do conteúdo do texto. O(s) autor(es) deve(m) indicar se a pesquisa é financiada, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado, se foi aprovada por Comitê de Ética da área e se há conflitos de interesse.

Palavras-chave: Mínimo de três e máximo de cinco palavras-chave descritoras do conteúdo do trabalho, apresentadas na língua original, em espanhol (*palabras clave*) e em inglês (*keywords*).

Figuras: Tabelas, quadros, diagramas, fotografias, gráficos e ilustrações não devem ultrapassar o máximo de seis por artigo, salvo exceções específicas ao campo temático do manuscrito, caso em que o autor deverá manter uma comunicação prévia com os editores. Todas as figuras, com exceção de fotografias, devem ser numeradas e ter título, estando apenas as iniciais do título em maiúsculas. As referências devem ser feitas por números (ex. Gráfico 3) e não por expressões como “a figura abaixo”.

Notas: As notas devem vir ao fim do texto, sucintas e numeradas de forma consecutiva. Não devem ser utilizadas para referências bibliográficas.

Grifos: Solicita-se a não utilização de sublinhados e negritos. As aspas simples podem ser usadas para chamar a atenção para um item particular do texto. Palavras de outras línguas, que não o português, devem ser italicizadas, assim como títulos de obras mencionadas.

Citações: Citação no corpo do texto deve vir marcada com aspas duplas, com sobrenome do autor, ano e página, como no exemplo (Bourdieu, 1983, p. 126); citação com autor incluído no texto deve vir Gramsci (1982); citação com autor não incluído no texto será (Frigotto e Ciavatta, 2001). No caso de citação com três autores, todos devem ser nomeados; mais de três autores, somente o sobrenome do primeiro deverá aparecer no texto, como em Spink et al.

(2001). Se a citação exceder três linhas, deverá vir com recuo à esquerda equivalente a um parágrafo, em corpo 11.

Referências: Para elaboração das referências, Trabalho, *Educação e Saúde* baseia-se na norma NBR 6023, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), com modificações. Todas as referências citadas, inclusive nas notas, nos quadros e nas figuras, deverão compor as referências bibliográficas ao fim do texto, em ordem alfabética, sem numeração de entrada e sem espaço entre elas. Nas referências serão citados, no máximo, até três autores com todos os nomes. No caso de mais de três autores, citar apenas o primeiro, seguido da expressão et al. O primeiro nome dos autores deve ser escrito por extenso nas referências. Diferentes títulos de um mesmo autor publicados no mesmo ano deverão ser distinguidos, adicionando-se uma letra (a, b, c...) em minúscula após a data, tanto nas citações no corpo do texto quanto na lista de referências bibliográficas. No caso de existir um número DOI para o documento, ele deve ser incluído ao final da referência.

- i A tradução do conteúdo foi realizada pelos autores.
- ii As letras foram selecionadas aleatoriamente para preservar a identidade dos pacientes.
- iii As características da fala espontânea foram mantidas na transcrição das entrevistas.