

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
MATERNIDADE ESCOLA

LETÍCIA DE MORAIS SARMENTO FIGUEIRINHA

TRATAMENTO DA OBESIDADE NO AMBULATÓRIO DE ADOLESCENTES: A
PARTICIPAÇÃO DE RESPONSÁVEIS

RIO DE JANEIRO

2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
MATERNIDADE ESCOLA

LETÍCIA DE MORAIS SARMENTO FIGUEIRINHA

TRATAMENTO DA OBESIDADE NO AMBULATÓRIO DE ADOLESCENTES: A
PARTICIPAÇÃO DE RESPONSÁVEIS

RIO DE JANEIRO

2015

LETÍCIA DE MORAIS SARMENTO FIGUEIRINHA

TRATAMENTO DA OBESIDADE NO AMBULATÓRIO DE ADOLESCENTES: A
PARTICIPAÇÃO DE RESPONSÁVEIS

Monografia de finalização do Curso de Especialização em Atenção Integral a Saúde Materno Infantil da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Especialista em Atenção Integral à Saúde Materno Infantil.

Orientadora: Dr^a Andréa Martello

Coorientadora: Ms. Maria Cristina Brito Faulhaber

RIO DE JANEIRO

2015

Figueirinha, Leticia de Morais Sarmiento.

Tratamento da obesidade no ambulatório de adolescentes: a participação de responsáveis / Leticia de Morais Sarmiento Figueirinha. -- Rio de Janeiro: UFRJ / Maternidade Escola, 2015.

41 f. : Il. ; 31 cm.

Orientador: Andréa Martello.

Coorientador: Maria Cristina Brito Faulhaber .

Monografia (especialização) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola, Atenção Integral à Saúde Materno Infantil, 2015.

1. Obesidade. 2. Adolescência. 3. Participação. 4. Responsáveis. 5. Saúde Materno Infantil – Monografia. I. Martello, Andréa. II. Faulhaber, Maria Cristina Brito. III. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola, AISMI. IV. Título.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar a participação de familiares e/ou responsáveis no acompanhamento de adolescentes com sobrepeso ou obesidade. Foi feita uma pesquisa de campo onde foram entrevistados 9 responsáveis presentes na consulta dos adolescentes com os quais foram realizadas entrevistas semiestruturadas contendo uma questão norteadora que serviu de apoio para outras que surgissem de acordo com a demanda de cada entrevistado. A análise de dados foi feita a partir do método quasi quantitativo para a definição das 7 categorias, encontradas de maneira não apriorística. Conseguimos concluir com este estudo que a participação da família é fundamental para a adesão ao tratamento, destacando que geralmente os problemas com o excesso de peso são enfrentados por gerações.

Palavras-chave: Obesidade; adolescência; família.

ABSTRACT

The objective of this investigation was to study the participation of the main responsible in the treatment of obesity with teenagers. A research was made with 9 responsible who were present in the teenager's medical appointment, they interviewed by a semi-structured question that was used as a support for others that could appear according to the interviewee. The data analysis was structured by a non aprioristic method where 7 categories were defined. We could conclude that the participation of the family is essential for the adherence to treatment, highlighting that problems with weight are normally faced by generations.

Keywords: Obesity; adolescence; family.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

TABELA 1 – Pontos de corte de IMC por idade para jovens entre 10-19 anos 4

TABELA 2 - Indicadores antropométricos de jovens de 10-19 anos divididos por sexo
..... 8

GRÁFICO 1 – IMC por idade para o sexo feminino 5

GRÁFICO 2 – IMC por idade para o sexo masculino 6

GRÁFICO 3 – Evolução de indicadores antropométricos em adolescentes de 10-19 anos
divididos por sexo 8

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. CONSIDERAÇÕES INICIAIS	3
2.1 OBESIDADE DE ADOLESCENTES NO BRASIL	
2.2 ADESÃO AO TRATAMENTO DA OBESIDADE NA ADOLESCÊNCIA	
3. METODOLOGIA	13
4. RESULTADOS	15
4.1 CATEGORIA 1: PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NA DIETA/EXERCÍCIOS	
4.2 CATEGORIA 2: DIFICULDADES EM MANTER UMA ROTINA DE EXERCÍCIOS	
4.3 CATEGORIA 3: TRABALHO/FILHOS SOZINHOS EM CASA	
4.4 CATEGORIA 4: FALTA DE PARTICIPAÇÃO DOS FAMILIARES	
4.5 CATEGORIA 5: PROBLEMAS COM PESO NA FAMÍLIA	
4.6 CATEGORIA 6: OBESIDADE INFANTIL	
4.7 CATEGORIA 7: ADOLESCÊNCIA	
5. ANÁLISE DE DADOS	19
6. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	22
7. CONCLUSÃO	28
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	38
ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	42

1. INTRODUÇÃO

A ideia de fazer este estudo foi inspirada na necessidade de aprofundar os conhecimentos acerca do tratamento da obesidade em adolescentes, considerando-se que em um número significativo de casos a adesão ao tratamento torna-se um desafio não só para os jovens, mas para suas famílias e profissionais que atendem estes pacientes. Em razão do tema, comecei a participar de consultas juntamente com a médica pediatra e hepatologista do Ambulatório de Adolescentes do hospital pediátrico terciário em que trabalhei como residente multiprofissional de psicologia para me familiarizar com os pacientes e observar possíveis áreas em que a psicologia poderia intervir.

A obesidade é considerada atualmente um problema de saúde pública que está aumentando na população mundial. A enfermidade, além de atingir a população adulta, está se manifestando nas faixas etárias mais jovens em larga escala. Em pesquisa mais recente, a Organização Mundial da Saúde - OMS (2013) analisou que cerca de 42 milhões de crianças abaixo de 5 anos estão com sobrepeso, aumentando as chances de desenvolver diabetes e doenças cardiovasculares no futuro. No Brasil, a situação também é crítica, de acordo com Renner (2013) em seu documentário “Muito além do peso”, nele avaliam-se dados alarmantes: 33% das crianças brasileiras estão obesas, sendo que quatro em cada cinco permanecerão com excesso de peso na idade adulta, demonstrando a necessidade da intervenção precoce e do estabelecimento de políticas públicas eficazes.

De acordo com a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica – ABESO (2009) as causas da obesidade são complexas e multifatoriais, envolvendo a interação de genes, ambiente, estilos de vida e fatores emocionais. O tratamento para enfermidade, portanto, exige a participação de diversas áreas da saúde, dentre elas a psicologia. Sales (2006) comenta sobre a importância da observação do ambiente em que o indivíduo obeso está inserido, o qual pode estar favorecendo o desenvolvimento da obesidade e “[...] compreender o funcionamento do sistema familiar [...], tendo em vista a importância da família como contexto do desenvolvimento individual e social e como matriz da identidade pessoal” (SALES,

idem, p. 13). Segundo a mesma autora, ao investigar o sistema familiar de um adolescente obeso espera-se construir uma rede de apoio e orientação não somente ao jovem, mas para todo o contexto familiar em que convive.

O tratamento para a obesidade baseia-se na avaliação do resultado dos exames e orientações nutricionais, mas também abrange a análise dos fatores que podem estar contribuindo para a permanência da doença. Vieira *et. al* (2004) aponta para a falta de adesão ao tratamento e como isto se tornou desafio para os profissionais de saúde. Além disso, os autores destacam como são escassos os estudos que abordam a questão da adesão às orientações durante o tratamento, principalmente em adolescentes.

O objetivo deste estudo é estudar a participação dos responsáveis no tratamento da obesidade na adolescência, trazendo informações que contribuirão para o tema da obesidade. No decorrer deste trabalho, delimitaremos os meios pelos quais estruturaremos nosso estudo. Serão apresentados os principais conceitos provenientes do campo da medicina para uma melhor compreensão dos parâmetros que são utilizados para avaliar a obesidade e um estudo realizado pelo IBGE (2010) analisando o estado nutricional das famílias brasileiras. Para fundamentar a abordagem psicológica do tratamento da obesidade, foi feita uma busca pelas principais bases de dados onde foram encontrados trabalhos que corroboram com nosso estudo.

2. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A partir da participação nas consultas do Ambulatório de Adolescentes onde foi realizado o estudo, observou-se que o tratamento torna-se mais difícil na fase da adolescência em razão das transformações físicas, mentais e sociais, distanciando-se de comportamentos da infância, adquirindo características que o preparam para a vida adulta. Assim sendo, se avalia que o tratamento torna-se ainda mais complexo durante esta fase.

É importante ressaltar que existem definições de faixas etárias para crianças, adolescentes e adultos. Segundo a OMS (2009), são consideradas crianças a população na faixa etária entre 0-9 anos, adolescentes entre 10-19 anos e adultos com 20 anos ou mais. De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (1990) considera-se criança a pessoa até 12 anos de idade incompleto e adolescente aquele que tem entre 12 e 18 anos de idade. Neste projeto utilizaremos a classificação definida pela OMS.

De acordo com a OMS (2012), o sobrepeso e a obesidade são definidos como um acúmulo anormal ou excessivo de gordura que pode ser prejudicial à saúde. A OMS (idem) determina que o sobrepeso e a obesidade podem ser diagnosticados utilizando-se o Índice de Massa Corporal (IMC), o qual é calculado dividindo-se o peso em quilos pelo quadrado da altura em metros (kg/m^2). Para a faixa etária compreendida entre os 5-19 anos, a OMS (2009) determina que estes jovens sejam avaliados de acordo com o IMC próprio para idade, pois leva em conta o crescimento. Há certa dificuldade em diferenciar a adolescência da puberdade e, muitas vezes, os dois conceitos podem ser confundidos. De acordo com Eisenstein e Coelho (s.d), a puberdade refere-se às alterações biológicas que estabelecem o crescimento, desenvolvimento e maturação sexual. A adolescência se caracteriza por ser um período intermediário entre a infância e a fase adulta, uma fase marcada por mudanças corporais, hormonais e comportamentais, ou seja, se refere ao nível psicológico e social. Dessa forma, apesar do IMC ser calculado da mesma forma para crianças e adultos, a OMS (idem) recomenda o Índice de Massa Corporal (IMC) próprio para idade para avaliar o diagnóstico nutricional em jovens de 5-19 anos.

De acordo com o Ministério da Saúde (2011) os pontos de corte de IMC estabelecidos para jovens de 10-19 anos, segundo as determinações da OMS, são:

VALORES CRÍTICOS		DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Magreza acentuada
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	Magreza
> Percentil 3 e < Percentil 85	≥ Escore-z -2 e ≤ Escore-z +1	Eutrofia
> Percentil 85 e ≤ Percentil 97	≥ Escore-z +1 e < Escore-z +2	Sobrepeso
> Percentil 97 e ≤ Percentil 99,9	≥ Escore-z +2 e ≤ Escore-z +3	Obesidade
> Percentil 99,9	> Escore-z +3	Obesidade grave

Tabela 1: Pontos de corte de IMC por idade para jovens entre 10-19 anos (Ministério da Saúde, 2011).

Como se observa na Tabela 1, os jovens que apresentam percentis acima de 85, abaixo ou igual a 97 são diagnosticados com sobrepeso, os que exibem percentis maiores que 97, abaixo ou iguais a 99,9 são considerados obesos e os demais com percentis acima de 99,9 demonstram obesidade grave.

A OMS (2007) apresenta o gráfico de IMC para idade, tanto para o sexo feminino quanto para o sexo masculino. A OMS (s.d) apresenta três sistemas diferentes para a avaliação de crianças e adolescentes, dentre eles, o gráfico onde são usados percentis, o qual será usado ao longo de nosso estudo. Como observado na Tabela 1, os z escores também são utilizados para avaliação nutricional, os mesmos quantificam a distância de um valor observado em relação à mediana de uma população. Ambos são métodos padronizados para avaliação nutricional da população. Para o sexo feminino, a OMS (2007) demonstra seguinte gráfico:

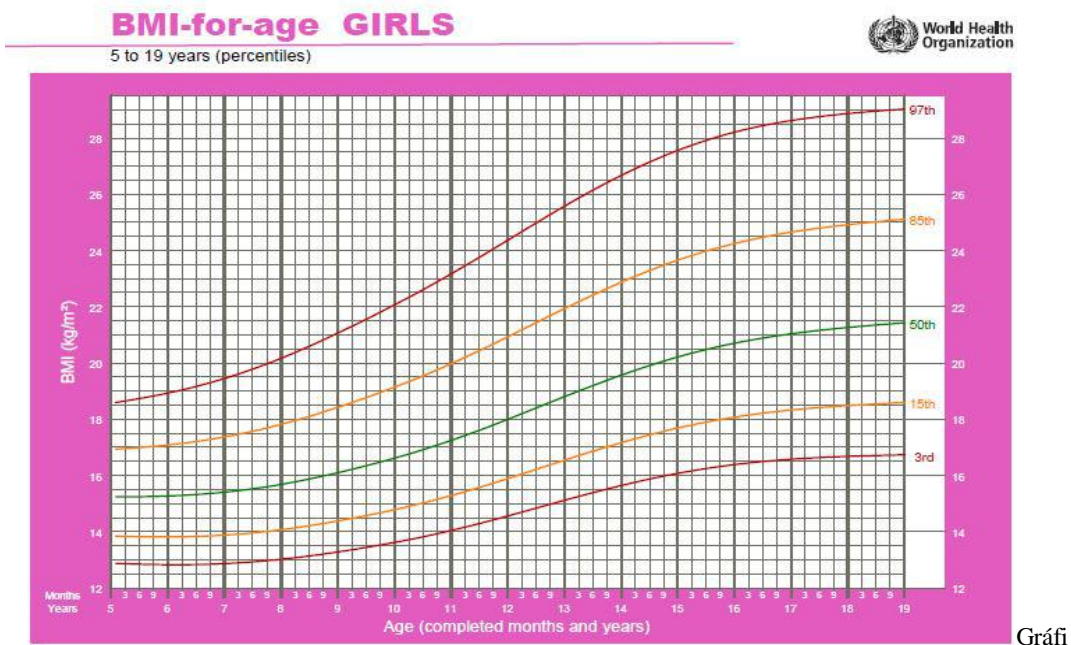


Gráfico 1: IMC por idade para o sexo feminino (Fonte: OMS, 2007).

Como se observa no Gráfico 1, os eixos vertical e horizontal apresentam, respectivamente, o IMC em dois extremos de 12 a 28 kg/m^2 e a idade entre 5-19 anos. Para exemplificar o gráfico acima, podemos usar o seguinte exemplo: duas meninas, 12 anos de idade, uma com 1,40 cm e a outra com 1,60 cm, ambas pesando 60 kg. Ao calcularmos o IMC, concluiremos que apesar de apresentarem pesos iguais, este se diferencia. Enquanto a menina mais alta demonstra um IMC de 23,4 kg/m^2 , o que significa um diagnóstico de sobrepeso, a menina mais baixa apresenta um IMC de 30,6 kg/m^2 que, de acordo com o Gráfico 1, a diagnostica com obesidade. Conclui-se que apesar de apresentarem o mesmo peso, a diferença de 20 cm na altura das meninas as distinguiu em relação ao diagnóstico de sobrepeso e obesidade, demonstrando a importância do uso do IMC.

O Gráfico 2 apresenta o IMC por idade para o sexo masculino, onde existem os mesmos eixos, mas observa-se uma diferença no valor do IMC mais alto, chegando a 30 kg/m^2 . Essa divergência em relação ao gráfico feminino influenciará, de acordo com a Tabela 1, nos pontos de corte de IMC por idade os quais definem a criança ou adolescente com magreza acentuada, magreza, eutrofia (equilíbrio entre consumo e as necessidades nutricionais), sobrepeso, obesidade ou obesidade grave:

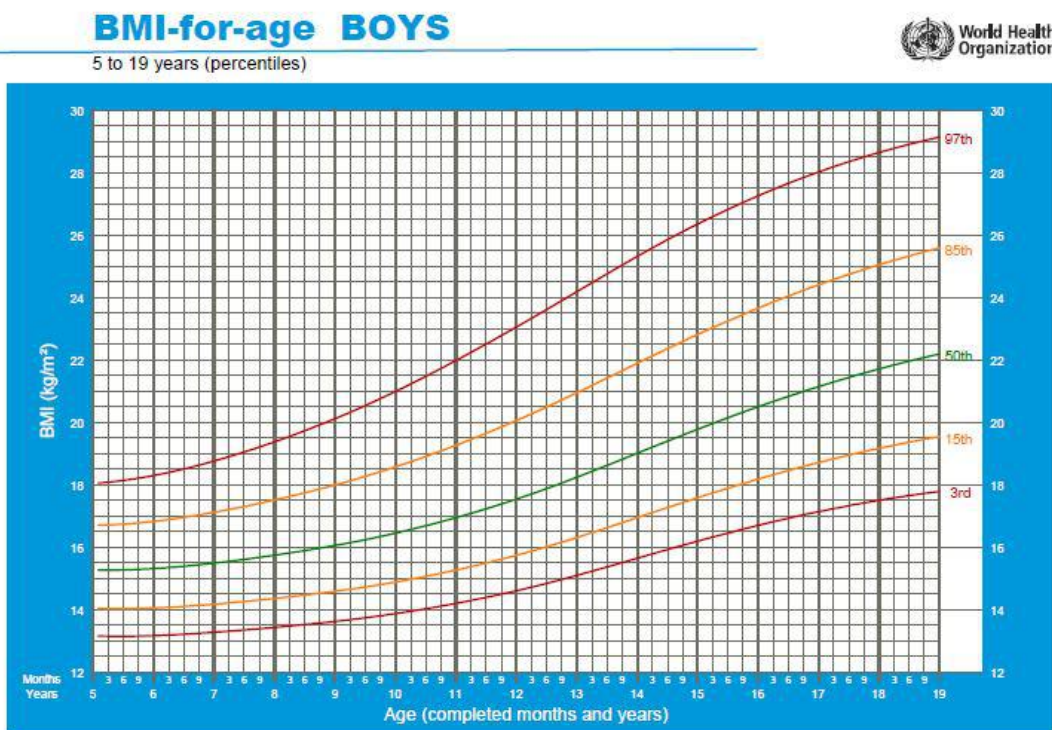


Gráfico 2: IMC por idade para o sexo masculino (Fonte: OMS, 2007).

Os parâmetros descritos acima pela OMS para avaliação de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes são sempre utilizados no Ambulatório citado acima, o qual se destina, dentre outras funções, ao diagnóstico, prevenção e tratamento de crianças e adolescentes com obesidade.

2.1 OBESIDADE DE ADOLESCENTES NO BRASIL

A Pesquisa de Orçamentos Familiares –POF coleta informações sobre a composição orçamentária doméstica, investiga hábitos de consumo e analisa o estado nutricional dos brasileiros com base nas medidas antropométricas de peso e altura. A partir dos dados do POF realizado nos anos de 1974/1975, 1989, 2002/2003 e 2008/2009, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010) fez a análise da evolução temporal do estado nutricional no Brasil.

Em cada domicílio visitado, foram tomadas as medidas antropométricas de todos os moradores e investigados aspectos como amamentação e alimentação escolar, além de um módulo especial sobre o consumo efetivo de alimentos. Do total foram realizadas 337.000 medições em 188.461 pessoas e aplicados Questionários de Características do Domicílio e dos Moradores, onde foram pesquisadas as seguintes variáveis: sexo, cor ou raça, peso e altura.

Em relação ao estado nutricional de adolescentes entre 10-19 anos, o IBGE (2010) levou em conta o índice IMC por idade, como recomendado pela OMS. A partir do IMC por idade foram estimadas as prevalências de déficit de peso, excesso de peso e obesidade. Como podemos analisar na Tabela 2, o déficit de peso se mostra com uma prevalência baixa de 3,4 % entre as crianças e adolescentes. No entanto, se nos direcionarmos aos casos de excesso de peso e obesidade, concluiremos que o excesso de peso excedeu em seis vezes a frequência de déficit de peso e os quadros de obesidade corresponderam a cerca de 1/4 do total de casos de excesso de peso.

Grupos de idade	Indicadores antropométricos na população de 10 a 19 anos de idade (%)		
	Total	Sexo	
		Masculino	Feminino
Déficit de peso			
Total	3,4	3,7	3,0
10 a 11 anos	4,1	3,8	4,5
12 a 13 anos	3,7	4,2	3,0
14 a 15 anos	3,9	4,8	3,0
16 a 17 anos	2,6	3,0	2,3
18 a 19 anos	2,3	2,3	2,2
Excesso de peso			
Total	20,5	21,5	19,4
10 a 11 anos	28,6	30,5	26,7
12 a 13 anos	25,5	29,5	21,1
14 a 15 anos	17,7	18,7	16,7
16 a 17 anos	14,7	14,9	14,4
18 a 19 anos	15,5	13,4	17,8
Obesidade			
Total	4,9	5,8	4,0
10 a 11 anos	8,6	10,6	6,5
12 a 13 anos	5,7	7,4	3,8
14 a 15 anos	3,9	4,8	3,0
16 a 17 anos	2,8	3,0	2,7
18 a 19 anos	3,7	3,1	4,3

Tabela 2: Indicadores antropométricos de jovens de 10-19 anos divididos por sexo (Fonte IBGE, 2010).

O IBGE (2010) ainda avaliou o estado nutricional dos adolescentes entre 10-19 anos a partir de estimativas presentes em inquéritos anteriores, tais como: o Estudo

Nacional da Despesa Familiar realizado entre 1974-1975, a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição de 1989, a POF 2002-2003 e a atual POF 2008-2009. O gráfico a seguir publicado nesta pesquisa demonstra a prevalência de déficit de peso, excesso de peso e obesidade em adolescentes do sexo feminino e masculino:

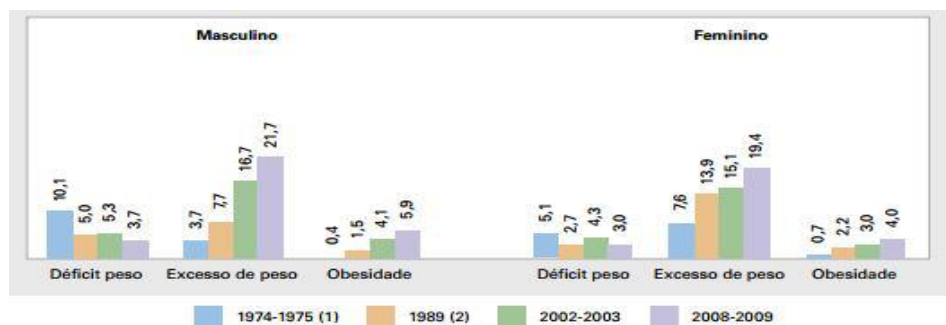


Gráfico 3: Evolução de indicadores antropométricos em adolescentes de 10-19 anos divididos por sexo (Fonte: IBGE, 2010)

Observa-se no Gráfico 3 uma tendência ao declínio do déficit de peso ao longo dos anos, enquanto o excesso de peso e a obesidade apresentam uma significativa ascensão. Ao longo dos quatro inquéritos observa-se um aumento nos percentis do excesso de peso de 3,7% para 21,7%, ou seja, em pouco mais de 30 anos a população de adolescentes com excesso de peso aumentou sete vezes. O número de adolescentes obesos aumentou também, quadruplicando de 0,7% para 4,0%.

A POF 2008-2009 pôde comprovar com este levantamento que nos últimos 20 anos em crianças de 5-9 anos e adolescentes de 10-19 anos, o excesso de peso e a obesidade triplicaram, alcançando entre 1/5 e 1/4 dos jovens, de acordo com a Tabela 2.

Tal pesquisa indica a necessidade da construção de políticas públicas e ações intersetoriais que vão além de informar e educar, propiciando um ambiente que estimule e apoie padrões mais saudáveis de alimentação e atividades físicas.

2.2 ADESÃO AO TRATAMENTO DA OBESIDADE NA ADOLESCÊNCIA

Primeiramente, faz-se necessário uma exemplificação sobre a fase evolutiva em que se encontra o adolescente. Knobel (1992) fala sobre a síndrome da adolescência normal, a qual inclui três perdas que o adolescente sofre nesta fase e nos ajudam a compreender o psicodinamismo em que o jovem se encontra. As mesmas são: a perda do corpo infantil, a perda dos pais da infância e a perda da identidade e do papel sociofamiliar infantil. Observa-se a necessidade de exemplificarmos brevemente estas três perdas que Knobel (idem) descreve em razão de sua relevância.

Na primeira fase mencionada pelo autor, a perda do corpo infantil, o adolescente irá reformular seu esquema corporal infantil, ou seja, a imagem que tem do próprio corpo, processo que auxiliará na estruturação da identidade adulta. A segunda fase, diz-nos Knobel (1992), será marcada pela “ambivalência dual”, onde tanto os pais quanto o próprio jovem serão temerosos em relação ao crescimento, a maturação sexual e as responsabilidades que começam a se formar neste período. Na última fase caracterizada como a perda da identidade e do papel infantil, discute-se a importância da participação do adolescente em grupos da mesma idade, no qual fará o estabelecimento da identidade adulta, facilitando o distanciamento dos pais a partir de novas identificações além do âmbito familiar. As possíveis “condutas turbulentas” que podem surgir no momento evolutivo da adolescência, conclui Knobel (idem), fazem parte da “patologia normal da adolescência”, que pode não ser entendida pela visão de um adulto, mas é perfeitamente compreensível se pensarmos nas perdas sofridas pelo jovem como verdadeiros lutos que irão exigir a utilização de mecanismos de defesa.

Após esta breve introdução acerca da adolescência avalia-se como o tratamento para obesidade pode se tornar um desafio neste período. Feijó e Oliveira (2001) argumentam que durante a fase inicial da adolescência, devido ao processo de elaboração de uma nova imagem corporal, o jovem pode apresentar dificuldades em priorizar os cuidados em relação a sua saúde física, “[...] limitando, muitas vezes, sua adesão a tratamentos clínicos, orientação alimentar e atividade física [...]” (FEIJÓ; OLIVEIRA, idem, p. 5).

Vieira *et. al* (2004) salienta em seu estudo qualitativo realizado com 79 adolescentes obesos na faixa etária de 10 a 18 anos em tratamento para obesidade, as dificuldades encontradas para seguir as orientações dadas nas primeiras consultas médicas. De acordo com os autores, do total de adolescentes entrevistados apenas 29,3% tiveram boa adesão, no entanto, nenhum paciente conseguiu realizar todas as orientações dadas. Além dos jovens, Vieira *et. al* (*idem*) avaliou o comprometimento dos responsáveis em relação a compra e ao preparo de alimentos menos calóricos, orientação fundamental para o sucesso do tratamento em razão da dependência do adolescente em relação à família a qual se mantêm preponderante nesta fase. Constatou-se, segundo os autores, que grande parte dos pais não alteraram a compra e o preparo dos alimentos, comprometendo o sucesso do tratamento. Além disso, observou-se uma negação do estado clínico pelos jovens, apesar das repetidas avaliações antropométricas realizadas ao longo de diversas consultas, comprovando a falta de adesão à proposta terapêutica.

Martinez-Aguilar *et. al* (2010) em pesquisa realizada com adolescentes do 7º ao 9º ano avaliou a percepção dos jovens mexicanos acerca da própria obesidade e observou-se uma tendência dos jovens em atribuir as causas do excesso de peso a fatores hereditários, além de subestimarem o quadro. Diz-nos Martinez-Aguilar (*idem*) que “A percepção do peso corporal é determinante dos hábitos nutricionais e do manejo do peso entre os adolescentes” (MARTINEZ-AGUILAR *et. al*, *ibidem*, p. 6) demonstrando a importância do reconhecimento do excesso de peso para integração dos adolescentes a programas de tratamento da obesidade.

Como já mencionado, a obesidade envolve múltiplos fatores, dentre eles, o contexto familiar. Mello Filho e Bird (2004) enfatizam em seu estudo o papel da família ao argumentar como a obesidade pode se concretizar como uma função de pertencimento ou inclusão nas famílias em que os problemas com o peso ultrapassam gerações. Um aspecto interessante apontado pelos autores diz respeito ao adiamento no ingresso ao mundo adulto em razão da estigmatização sofrida pelas crianças obesas na escola, remontando o que foi dito acima, onde o indivíduo busca apoio emocional nos familiares, mantendo-se muito unido aos mesmos. Sarmiento *et. al* (2010) corroboram com a ideia de que os adolescentes obesos tem uma tendência a imaturidade, infantilização e dependência, demonstrando que a dinâmica familiar dos jovens é propensa ao conflito.

Camargo *et al.* (2011) demonstram a importância do papel das mães e das famílias no sucesso do tratamento da obesidade em crianças e adolescentes devido a dependência que esta faixa etária ainda sustenta em relação aos seus responsáveis. As crianças e os adolescentes ficam expostos, segundo os mesmos autores, aos conflitos familiares, às doenças dos pais ou de algum membro da família, dentre outros aspectos, o que acaba “Resultando em fatores que predispõe toda a família à obesidade e originando o que se chama de família obesogênica” (CAMARGO *et al.*, *idem*, p. 2). O termo “família obesogênica” citado pelos autores é muito bem colocado se pensarmos na obesidade de acordo com uma perspectiva que vai além dos aspectos biológicos da mesma e nos guiarmos pelos elementos subjetivos que podem estar envolvidos nestas famílias, os quais podem estar colaborando para a permanência da obesidade por gerações. Sales (2006) comenta a importância da observação do ambiente em que o indivíduo está inserido, o qual pode estar favorecendo o desenvolvimento da obesidade e “[...] compreender o funcionamento do sistema familiar [...], tendo em vista a importância da família como contexto do desenvolvimento individual e social e como matriz da identidade pessoal” (SALES, *idem*, p. 13).

Camargo *et al.* (2011) descreve uma tendência dos pais em subestimarem o estado nutricional dos filhos e, conseqüentemente, ignorar os riscos provenientes da perpetuação da obesidade. Exige-se, portanto, um reconhecimento dos pais em relação ao peso dos filhos, o qual é percebido como normal na maioria das vezes, para a construção de estratégias de intervenção efetivas. A conscientização da família em relação à adoção de hábitos saudáveis e como isso influencia diretamente no estado nutricional dos jovens, argumenta Camargo *et al.* (*idem*), contribui para a diminuição do peso, podendo reverter a obesidade durante a infância ou adolescência, diminuindo as chances da mesma se perpetuar na idade adulta.

Lindelof, Nielsen e Pedersen (2010) avaliam que os pais tendem a procurar outros motivos para o excesso de peso do jovem como problemas nos genes ou dificuldades sociais. Dentre os textos pesquisados até o momento, a percepção distorcida dos pais em relação ao peso real dos filhos é bastante discutida. De acordo com Boa-Sorte *et al.* (2007), as possíveis causas da não percepção do peso dos filhos, principalmente pelas mães, se deve ao fato da crença de que uma criança acima do peso possui mais saúde e, dessa forma, é melhor cuidada. Mello Filho e Bird (2004) também

abordam o assunto descrevendo que os pais ou as famílias apoiam-se no simbolismo saúde-gordura, podendo prejudicar o tratamento dos filhos.

Ressalta-se, portanto, a importância da abordagem familiar na adesão ao tratamento da obesidade na adolescência, pois ao alcançar uma conscientização de todos acerca do problema, o sucesso do tratamento se mostra mais positivo.

3. METODOLOGIA

Realizou-se um estudo qualitativo de tipo descritivo e exploratório em que foram selecionados os responsáveis presentes na consulta dos adolescentes em tratamento para a obesidade. O estudo foi realizado no Ambulatório de Adolescentes de um hospital pediátrico federal de assistência e pesquisa localizado no Rio de Janeiro, o qual se compromete, dentre outras funções, a atender e acompanhar jovens com obesidade na faixa etária entre 10-16 anos. A coleta de dados foi realizada no período de setembro a outubro de 2014 com a concordância das chefias do serviço.

O objetivo foi estudar a participação dos responsáveis no tratamento da obesidade com adolescentes. No final de cada consulta, os responsáveis pelos adolescentes atendidos no ambulatório foram convidados a participar de uma entrevista individual semiestruturada contendo uma questão norteadora: “Qual a sua participação no tratamento de obesidade do adolescente acompanhado neste ambulatório?”. Esta pergunta foi suporte para outras que surgiram no momento da entrevista, caso se fizessem necessárias.

Cada entrevista foi realizada em uma das salas do Ambulatório de Adolescentes, com aproximadamente 30 minutos de duração. Os participantes foram informados sobre o tema e os objetivos da pesquisa, além de assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A). As entrevistas foram gravadas, após o consentimento dos participantes, e transcritas posteriormente, com garantia de sigilo e anonimato, seguindo os princípios éticos referentes a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde a qual “incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado” (BRASIL, 2012).

A análise de conteúdo foi feita, primeiramente, a partir de uma organização e preparação dos dados que, de acordo com Creswell (2007), envolve a transcrição das entrevistas, leitura atenta dos dados para obter um sentido geral acerca dos discursos coletados para, posteriormente, realizar uma codificação ou, como Campos (2004) define, uma categorização.

Desta forma, podemos caracterizar as categorias como grandes enunciados que abarcam um número variável de temas, segundo seu grau de intimidade ou proximidade, e que possam através de sua análise, exprimirem significados e elaborações importantes que atendam aos objetivos de estudo e criem novos conhecimentos, proporcionando uma visão diferenciada sobre os temas propostos. (CAMPOS, *idem*, p. 614)

Campos (2004) avalia que as categorias podem ser classificadas em dois tipos: apriorísticas e não apriorísticas. O primeiro tipo ocorre, segundo o autor, quando o pesquisador já possui as categorias pré-definidas, enquanto que no segundo tipo, as categorias são estabelecidas especificamente a partir dos discursos dos participantes da pesquisa. Neste estudo, foi utilizada a forma não apriorística de categorização. Para concluir, foi utilizado o método quasi-quantitativo descrito por Campos (*idem*) para observar a repetição de conteúdos comuns a todos os participantes, definindo, desta forma, as categorias.

4. RESULTADOS

Ao todo foram entrevistados 9 responsáveis, a partir de seus discursos foram definidas 7 categorias, descritas a seguir.

4.1 CATEGORIA 1: PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NA DIETA/EXERCÍCIOS

Como citado anteriormente, a pergunta norteadora do estudo foi: “Qual a sua participação no tratamento de obesidade do adolescente acompanhado neste ambulatório?”. Em relação a participação, os responsáveis afirmaram que se responsabilizavam pela compra dos alimentos considerados saudáveis, tais como legumes, verduras e frutas. Além disso, os participantes do estudo concordaram que a participação da família na dieta é muito importante para o tratamento, o que pode ser observado em seus discursos:

Eu compro brócolis, alface, agrião, verduras, legumes, chuchu, cenoura, inhame ... Eu sei que, assim, eu boto pouquinho alface, eu faço mais é salada de legumes para ela comer e pros irmãos dela comer também. Todo mundo lá em casa tenta participar um pouco.

Eu ajudo na parte da alimentação, converso com ela para fazer atividade física e sempre que eu posso, eu to presente, assim eu... às vezes ela não quer comer um legume, eu esforço ela a comer um pouquinho, pelo menos para provar.

Ai a alimentação eu tô sempre corrigindo, quando, carboidrato eu tô sempre diminuindo, por exemplo, agora deu 114 o triglicéridio quer dizer a gente já vinha com a dieta, mas tem que continuar com a dieta mais rigorosa. Eu tava botando seis colheres de arroz... seis colheres de arroz, então já tem que diminuir o arroz por causa do triglicéridio.

4.2 CATEGORIA 2: DIFICULDADES EM MANTER UMA ROTINA DE EXERCÍCIOS

Foi observado de forma significativa a dificuldade em manter uma rotina de exercícios. Muitos falaram sobre a falta de tempo, a violência no local onde moram e o fato da maioria dos adolescentes precisar de um estímulo externo ou mesmo a companhia dos responsáveis para se motivar.

... de manhã ela tá na escola e de manhã tem várias, várias é... atividades físicas no pólo lá perto de casa... e de manhã ela tá na escola e de tarde que dá para 'mim' fazer caminhada, eu to sempre ocupada com o menor... .

É... só a única coisa que ainda não conseguimos organizar mesmo, é assim poder entrar pra uma academia todo mundo junto, porque pra idade dele também teria que ter um profissional, que eu já pesquisei, só pra ele, por ele ser criança, entendeu? Mas aí que a gente faz, eu tava de férias, tava caminhando, a gente tava indo caminhar... .

Pra mim é mesmo a atividade física que ele não ta... não tem... o negócio, assim, porque lá as coisas são longe, são distante e o lugar não é muito legal, é um pouco perigoso pra deixar a criança sozinho. É, então eu não tenho condições de eu deixar ele só pra onde ele ter que ir. Vamos supor, na vila olímpica, tipo, eu não posso deixar ele ir pra vila olímpica sozinho. Pra ele ir, eu tenho que ir com ele porque é longe.

4.3 CATEGORIA 3: TRABALHO/FILHOS SOZINHOS EM CASA

Foi observado que na atual realidade dos lares brasileiros, onde os responsáveis trabalham fora, não há uma rotina de alimentação. Isso se deve ao fato de que os jovens ficam sozinhos em casa, o que pode levar a uma alimentação mais calórica, pois não há supervisão ou ficam sob a responsabilidade de outro familiar/amigo, o qual não costuma seguir a dieta prescrita pelo médico do ambulatório de adolescentes.

Não... é porque eles ficam sozinhos, então deve comer coisas que não deve, né. A mãe não ta vendo... .

... E eu acho também que ficava muito tempo, acho que nesse um ano que eu fiquei trabalhando, eu fiquei muito no computador, então ficava muito tempo sentada ali e não se alimentava, entendeu? Quando pensava em se alimentar, já estava na hora e comia, entendeu? Muito, né? .

Eu tava, eu trabalhava, né, então eu pegava saía de casa 8hs da manhã, chegava 19hs da noite, então minha mãe... minha vó que ficava responsável por ela.

4.4 CATEGORIA 4: FALTA DE PARTICIPAÇÃO DOS FAMILIARES

De acordo com as entrevistas, foi analisado que, na maioria dos casos, a falta de participação do restante da família na dieta do adolescente, acaba prejudicando o tratamento.

... mas se ela for para a casa de alguma colega, na outra avó que é mãe do pai dela, ela quer comer, ela quer ... tudo que ela não comia, ela quer comer. Ela é assim... .

Tem hora que eu tenho uma leve discussão com a minha mãe, mas... Assim, minha mãe bebe muito refrigerante, muita coca-cola... .

Eu acho assim, ele... eu creio que possa assim ser na casa da minha mãe. Também não vou afirmar, porque lá a minha cunhada, a esposa do meu irmão que mora na casa da minha mãe, ela sempre compra essas coisas, besteira.

4.5 CATEGORIA 5: PROBLEMAS COM O PESO NA FAMÍLIA

Segundo os dados coletados, a obesidade tende a ser familiar, onde outros membros também enfrentam dificuldades em manter uma rotina saudável.

Lá em casa, a minha mãe era ... eu, minha mãe, era gordinha. Só que agora, até a minha mãe emagreceu bastante, minha mãe já perdeu quase 30 quilos já.

É, igual eu, eu tava com 95, tava com 95 e 600, ele tá com 103. Todos tão no mesmo barco.

“Minha mãe é acima do peso, o meu pai, o meu irmão não sei, mas parece que tá também, que tá barrigudinho. Meu esposo, assim, meu esposo também tá acima do peso, tá todo mundo”

4.6 CATEGORIA 6: OBESIDADE INFANTIL

Os discursos dos responsáveis mostraram que a obesidade foi considerada por eles um problema que se origina na primeira infância.

É, desde pequenininha que ela começou a ganhar peso com meses, né, com 9, 10 meses.

Eu tava até falando, mostrando o cartãozinho dele. Ele sempre foi de engordar, assim, dois quilos, um quilo e crescer pouco, entendeu? Por exemplo, ele nasceu com dois quilos e trezentos, com um mês ele já estava com quatro quilos... .

Não, ele sempre foi bem gordinho. Quando ele tava com seis para sete anos, a gente fez uma... uma reeducação com ele, né, e ele 'manteu'. Só que depois que o avô dele faleceu, ele foi disparando... mais ainda... .

4.7 CATEGORIA 7: ADOLESCÊNCIA

Nesta categoria pudemos observar o período de transição da infância para a adolescência, onde os pais demonstraram certa dificuldade em fazer o adolescente assumir sua responsabilidade pelo tratamento.

A gente tá tentando, igual legume, eu compro direto lá em casa. Eu compro folha, eu compro. Às vezes não quer, doutora. O que eu vou fazer? Vou obrigar? Não tem como... Tem vezes que come, tem vezes que não quer.

... ai o pai dele acha que é por isso que ele não cresce, que é por isso que ele nunca vai ter maturidade porque eu fico em cima.

Mas eu tento manter, agora também ela já tem 11 anos, eu não posso obrigar ela a comer os legumes e as verduras, né.

5. ANÁLISE DE DADOS

Como foi apontado na metodologia deste estudo, houve uma questão norteadora que serviu de suporte para outras perguntas que surgissem ao longo das entrevistas, esta foi a seguinte: Qual a sua participação no tratamento do adolescente acompanhado neste ambulatório? Em relação à referida pergunta, a maioria dos entrevistados foram unânimes em suas respostas, afirmando que são responsáveis pela compra de alimentos saudáveis, em sua maioria verduras e legumes, de acordo com o recomendado no ambulatório de adolescentes. Analisou-se que os responsáveis consideravam importante a participação do restante da família no tratamento da obesidade, dizendo que todos comiam a mesma comida durante as refeições, não sendo a dieta restrita apenas ao adolescente. Além disso, os entrevistados dizem que tentam estimular o adolescente a fazer atividades físicas, procurando acompanhá-los nas mesmas. Em relação a isto, os responsáveis acreditam que servem de estímulo para os adolescentes darem início a uma rotina de exercícios.

No entanto, algumas dificuldades foram encontradas nos discursos dos entrevistados. Em 6 entrevistas os responsáveis falaram que precisam monitorar a alimentação do adolescente, havendo a necessidade de "ficar em cima" (sic) para que a dieta seja seguida. Em relação a isto, os entrevistados mencionaram ainda que os adolescentes comem alimentos calóricos fora de casa, geralmente na casa de algum familiar ou na casa de colegas, onde não podem controlar o que eles comem. Como a maioria dos responsáveis entrevistados trabalham fora de casa, os adolescentes ficam sob os cuidados de outro membro da família ou ficam sozinhos, sendo mais difícil seguir uma rotina alimentar.

Dentro de casa, os entrevistados falaram sobre as dificuldades em mudar hábitos alimentares antigos, sendo uma tarefa complicada cortar determinados alimentos e bebidas calóricas, tais como biscoitos recheados e refrigerantes. Em 6 entrevistas, os responsáveis falaram que o pai do adolescente, continuava comprando alimentos que estavam fora da dieta prescrita, dificultando a manutenção ou perda do peso. Em 3 entrevistas, os responsáveis associaram conflitos familiares com o aumento da ingestão de comida calórica. Em um dos casos, a entrevistada falou que a separação conjugal influenciou na alimentação da filha e em duas outras entrevistas a morte do avô ou avó

foram consideradas como a causa do aumento da quantidade de comida. Além disso, em 3 entrevistas foi falado que os adolescentes ficavam muito tempo sem comer, o que também culminava no exagero alimentar.

Quanto à prática de exercícios físicos, os entrevistados mencionaram a falta de tempo, em razão de seus empregos e afazeres domésticos, para acompanhar os adolescentes em alguma atividade de forma regular. A violência perto de suas residências também foi avaliada como uma razão para o adolescente não ir desacompanhado realizar algum exercício.

Todos os entrevistados falaram que a obesidade dos adolescentes vinha desde da infância. Em 2 entrevistas foi mencionado o aparecimento de um problema hormonal antes dos 5 anos de idade, denominado adolescência precoce, caracterizada pelo desenvolvimento de caracteres sexuais, tais como o crescimento de pelos nos genitais.

Acredito que seja importante avaliar que a maioria dos responsáveis acompanhavam adolescentes que não conseguiam parar de ganhar peso ou emagrecer. Em um total de 9 entrevistas, apenas em uma foi constatada a perda de peso e, de acordo com a responsável pela adolescente, uma motivação em fazer exercícios por conta da própria jovem. Este fato não foi encontrado nas demais entrevistas, onde os responsáveis afirmaram que a rotina de exercícios dependia da disponibilidade deles em acompanhar os adolescentes.

A partir da exemplificação dos dados coletados, acredito que seja importante incluir minhas observações no ambulatório de adolescentes. Durante as consultas que participei antes de realizar as entrevistas e no decorrer das mesmas, observei que os responsáveis se esforçavam em comprar os alimentos que estavam dentro da dieta prescrita, no entanto, a mudança de hábitos era considerada complexa, havendo dificuldades em manter um padrão alimentar saudável, o que era demonstrado nos exames de sangue, geralmente fora do esperado. Neste ponto, não acredito que a razão seja falta de vontade dos responsáveis em seguir o tratamento, mas algo em relação aos costumes alimentares que sejam difíceis para eles mesmos modificarem, já que 8 dos entrevistados também tinham sobrepeso ou obesidade, além de falta de informação acerca dos riscos de saúde que advém do excesso de peso. Dessa forma, considero que seria importante a construção de palestras interativas dos médicos e residentes do ambulatório sobre as doenças que podem surgir em decorrência da obesidade, bem

como da probabilidade das mesmas se perpetuarem na vida adulta, trazendo prejuízos graves para um cotidiano normal.

No entanto, pude perceber que os responsáveis tinham dificuldades em exercer a autoridade sobre seus filhos, o que daria aos mesmos a oportunidade de assumir algumas responsabilidades, refletindo no tratamento. Como foi observado nos discursos, a maioria dos responsáveis diziam que não podiam obrigar seus filhos a comerem os alimentos que eram oferecidos, demonstrando uma atitude que não se restringia ao ambulatório de adolescentes, sendo percebida no setor de psicologia em que trabalhei como residente durante o período de dois anos. Os pais pareciam não conseguir que os filhos acatassem as suas ordens, deixando que eles ditassem o dia a dia da família. As consultas feitas no ambulatório de psicologia caminhavam para uma orientação de como agir com as birras e os acessos de raiva sem perder a noção de que quem deveria estar comandando a casa são os adultos, quadro que foi observado de forma semelhante no ambulatório de adolescentes.

Outros aspectos tais como a alimentação calórica fora de casa, falta de tempo para realizar atividades físicas e dificuldades em cortar alguns tipos de alimentos e bebidas, como o biscoito recheado e o refrigerante, também foram encontrados na maioria dos discursos. Além disso, a maioria dos entrevistados associou o fato dos adolescentes ficarem sozinhos com o aumento da ingestão de comida.

Um último fator que não podia deixar de ser comentado seriam as três entrevistas em que os responsáveis justificaram o excesso de comida com eventos particulares, como a separação conjugal e a morte do avô/avó. Nestes casos, a família conseguiu encontrar outras razões para o aumento de peso, além das causas físicas, demonstrando que a obesidade é composta por múltiplos fatores, apesar da maioria dos entrevistados ter focado apenas em aspectos que podem ser observados, como o aparente ganho de peso e os resultados dos exames clínicos de rotina.

6. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Antes de iniciarmos a discussão sobre os resultados alcançados relacionando-os com o referencial teórico levantado, é necessário situarmos os leitores quanto ao momento em que se encontra a presente pesquisa. O estudo apresentado representa o primeiro momento de um trabalho a ser mais desenvolvido posteriormente, refletindo os meus primeiros passos como pesquisadora. Dessa forma, alguns pontos que serão discutidos a seguir irão aprofundar os dados que conseguimos analisar a partir dos discursos dos entrevistados, além de expressar o início do desenvolvimento de estudos futuros.

Como foi dito acima, esta pesquisa representa o meu desejo de me dedicar mais ao tema da obesidade e, neste sentido, procurei estruturar esta discussão sob um viés psicanalítico. De acordo com a análise de dados, observou-se a dificuldade dos responsáveis em exercer sua autoridade diante dos filhos, os quais precisavam ser monitorados com frequência para que a dieta fosse seguida. Para abordarmos este fato, considerou-se o Complexo de Édipo de Freud (1924/1996) como de extrema importância para entendermos a dinâmica psicológica envolvida nestas famílias. Freud (idem) considera o complexo de Édipo como o fenômeno central do período sexual da primeira infância. Após a sua dissolução, diz Freud (ibidem), operado pelo recalque, segue-se o período de latência e depois a puberdade.

Em seu segundo ensaio sobre a sexualidade infantil, Freud (1905/1996) afirma que a vida sexual da criança é constituída por três organizações pré-genitais, pois os genitais ainda não exercem sua função preponderante. Neste período, a sexualidade é autoerótica, ou seja, a busca de prazer provém de partes do próprio corpo ou, como conceitua Freud (idem), de zonas erógenas. O chuchar é considerado um exemplo deste autoerorismo, sendo a boca utilizada como busca de um prazer já vivenciado e, neste momento, lembrado. Nesta fase da sexualidade infantil, a zona erógena oral é utilizada a princípio como forma de nutrição e, portanto, preservação da vida para, posteriormente, se tornar independente dela. A segunda fase da sexualidade infantil é a sádico anal, na qual a divisão dos sexos já ocorreu, mas ainda não há a divisão entre masculino e feminino, e sim entre ativo e passivo. Freud (ibidem) interpreta o ativo

como a dominação dos esfíncteres e passivo em relação ao alvo sexual, a mucosa do intestino.

A fase fálica, como Freud (1924/1996) define o período do complexo de Édipo, constitui a terceira fase da sexualidade infantil e ocorre de forma diversa nos meninos e nas meninas. No caso dos meninos, o interesse pelos órgãos genitais se inicia a partir da manipulação dos mesmos que, ao ser repreendida pelos adultos, gera uma sensação de ameaça de perda, como se o pênis pudesse ser retirado dele. Em um momento posterior, o menino ao observar a ausência do pênis na menina, a qual ele acreditava ser semelhante a ele, a ameaça de castração se instala. Freud (idem) descreve duas possibilidades de satisfação para o complexo de Édipo nos meninos, uma ativa (masculina) e outra passiva (feminina), onde o menino pode se identificar com o pai e tomar a mãe como objeto de amor, o que torna o pai um rival, ou assumir o lugar da mãe para ser amada pelo pai, caso em que a mãe irá se tornar a rival. No entanto, ao reconhecer a castração feminina, as duas possibilidades de se obter satisfação no Édipo chegam ao fim, já que ambas as possibilidades levarão a perda do pênis.

Se a satisfação do amor no campo do complexo de Édipo deve custar à criança o pênis, está fadado a surgir um conflito entre o seu interesse narcísico nessa parte de seu corpo e o investimento libidinal de seus objetos parentais. Nesse conflito, triunfa normalmente a primeira dessas forças: o ego da criança volta as costas ao complexo de Édipo (FREUD, 1924/1996, p. 196).

Neste sentido, os investimentos amorosos que antes eram direcionados a mãe, são abandonados e substituídos por identificações. Freud (1924/1996) analisa que durante o fechamento do Édipo, a autoridade da figura paterna ou dos pais é introjetada, formando o superego, “[...] que assume a severidade do pai e perpetua a proibição deste contra o incesto defendendo assim o ego do retorno do investimento libidinal” (FREUD, idem, p. 196). Os investimentos pertencentes ao complexo são em parte desviados para objetivos não sexuais, sendo sublimados para fins intelectuais ou artísticos, e outra parte é transformada em impulsos de afeição, o que introduz o período de latência até a puberdade.

Já no caso das meninas, Freud (1924/1996) julga que o clitóris representa um pênis para elas, porém ao fazer a comparação com os genitais do menino, elas se sentem injustiçadas por não possuí-lo, servindo de fundamento para o sentimento de inferioridade. Neste caso, a mãe é inicialmente investida amorosamente pela filha, mas

com a descoberta da falta do pênis, ela pode desenvolver, segundo Freud (idem), um sentimento hostil em relação a mãe, pois a mesma a trouxe ao mundo sem o pênis. Além disso, De Paula (idem) analisa que a menina pode se apoiar em um pressuposto masculino de que a mulher é um sexo desprezível, se mantendo em uma posição masculina. Freud (1924/1996) avalia que a diferença fundamental entre o complexo dos meninos e das meninas, consiste no fato de que a castração feminina é aceita como algo definitivo, enquanto que na castração masculina há o temor de que ela aconteça. No entanto, afirma Freud (idem), a renúncia ao pênis não é aceita sem uma tentativa de compensação e, dessa forma, dois desejos persistem intensamente no inconsciente da menina: ter o pênis e receber do pai um filho, o qual seria um substituto do órgão genital masculino ausente. De Paula (ibidem) avalia que:

Passa-se a considerar o complexo de Édipo na menina, quando sua libido desliza em direção a equação pênis-criança, colocando no lugar do desejo de um pênis, o desejo de um filho, fazendo-a tomar o pai como objeto de amor e a mãe como seu objeto de ciúme (DE PAULA, 2013, p. 49).

Dessa forma, como afirma De Paula (2013), a menina realiza uma dupla operação de se desvincular da mãe como investimento amoroso e, ao mesmo tempo, identificar-se com ela na posição de castrada. Neste sentido, o complexo de castração, estabelecido nas meninas como fato consumado, vem antes do Édipo, onde irá existir o investimento no pai, fazendo com que o complexo nas meninas, como avalia De Paula (idem), seja mais demorado.

No caso dos meninos a dissolução do Édipo ocorre com o abandono dos investimentos amorosos direcionados aos pais e a substituição destes por identificações, além da introjeção do superego, “[...] sendo o representante do vínculo parental que foi introjetado no eu, que sucumbiu ao recalque devido a ameaça de castração e possibilitou a dissolução do complexo de Édipo [...]” (DE PAULA, 2013, p. 45). No entanto, Freud (1924/1996) afirma que como a ameaça de castração se encontra excluída no caso das meninas, o estabelecimento do superego e interrupção da organização genital infantil, encontra-se prejudicada. Dessa forma, como afirma De Paula (2013), o complexo de Édipo nas meninas se estende por mais tempo, como foi dito acima, tendo três possíveis linhas de desenvolvimento: a inibição da sexualidade; a fantasia de ser um homem, ou melhor, o complexo de masculinidade, o que acarreta em uma orientação sexual homoafetiva; a atitude feminina normal, onde o próprio pai é tomado como objeto, ou

seja, a mulher busca de forma inconsciente por um parceiro sexual semelhante ao modelo paterno.

Já foi avaliado anteriormente nesta discussão que após a dissolução do Édipo a criança entra em um período de latência, onde os genitais ainda não assumiram uma função reprodutora. Isto irá se estender até a puberdade, última fase da organização da sexualidade de acordo com Freud (1923/1996), onde acontece a configuração definitiva da vida sexual. Neste período Freud (1905/1996) avalia que o autoerotismo é substituído por um alvo sexual definitivo e os genitais são agora submetidos a função reprodutora. Neste sentido, os investimentos amorosos infantis são renunciados e direcionados a um único objeto sexual.

De acordo com De Paula (2013, p. 65):

[...] a produção edípica se constitui como a trama mais fundamental da estruturação do sujeito, na medida em que a internalização da lei paterna opera o recalque, uma barra, que permite a renúncia do objeto incestuoso, que é a mãe [...]. Isso demonstra a função do complexo de Édipo como regulador da inserção de um sujeito em um laço social (DE PAULA, 2013, p. 65).

Segundo De Paula (2013) a barra representa o superego, resultado do Édipo em Freud, e em Lacan seria o recalque produzido pela internalização da lei paterna. Dessa forma, avalia De Paula (idem), a interdição do pai é inscrita no inconsciente como “falta do objeto de gozo” (DE PAULA, *ibidem*, p. 65) que para Freud (1924/1996) seria a introdução da autoridade paterna com a proibição do incesto e a perda do objeto sexual materno, no caso dos meninos, ou paterno, no caso das meninas.

No primeiro ensino de Lacan, de acordo com De Paula (2013), o pai é elevado a condição de significante Nome-do-Pai, onde o mesmo funciona como a introdução da ordem, banindo o objeto primordial, a mãe. A responsabilidade do Nome-do-Pai portanto “[...] seria a de retirar o sujeito da relação narcísica originária e imaginária com a mãe [...]” (idem, p. 67). Dessa forma, a autora avalia que o pai funciona como um agente que, ao introduzir a ordem, recalca o desejo incestuoso edípiano, havendo uma “[...] transposição do laço estabelecido com a mãe, para um laço de escolha de objeto sexual, fora da trama incestuosa, compatível com a civilização [...]” (*ibidem*, p. 83). Neste período, o sujeito se eleva para uma posição sexual de sujeito sexuado, avalia a

autora, ou seja, a partir da introdução do Nome-do-Pai o indivíduo pode assumir sua identificação com o sexo.

Dessa forma, vemos que tanto em Freud quanto em Lacan, a figura paterna assume um lugar estrutural. O pai ao exercer a autoridade, inscreve o sujeito na civilização, pois interdita “[...] o campo incestuoso contrário a constituição subjetiva e social, e aos propósitos da vida” (DE PAULA, 2013, p. 87). Além disso, Berg (2008) considera a família como um fator essencial a civilização, já que obriga os indivíduos a se submeterem a regras que estão separadas dos desejos individuais. Acredito que seja importante esclarecer que estes são processos inconscientes que, a partir do momento que são introduzidos, irão conduzir a maneira como o sujeito se relaciona com seus familiares, amigos e com parceiros sexuais. Mezan (2001) avalia que os objetos sexuais infantis “[...] continuam guiando, do inconsciente, a vida erótica [...] ainda que na superfície o desligamento dos objetos infantis tenha se processado sem maiores problemas” (MEZAN, 2001, p. 193). Com isso, podemos analisar que o fator que impede que estes objetivos sexuais infantis venham a consciência e possam ser realizados, é feito a partir da introjeção do superego freudiano no inconsciente ou, de acordo com o conceito lacaniano descrito, da inscrição do Nome-do-pai. Observa-se, portanto, que tanto a figura paterna quanto a materna exercem papéis determinantes no desenvolvimento psicosssexual dos sujeitos, os quais se tornam cidadãos que reconhecem os limites e regras inerentes à sociedade.

Berg (2008) avalia que houve uma mudança na estrutura familiar a partir da década de 60, onde a mesma passou a ser composta por dois indivíduos que buscam relações íntimas ou realizações sexuais. Dessa forma, Berg (idem, p. 113) analisa que:

[...] a transmissão de autoridade se torna cada vez mais problemática à medida que divórcios, separações e recomposições conjugais aumentam. Assim, a família de outrora, triunfal ou melancólica, foi substituída pela família mutilada de hoje, feita de feridas íntimas, de violências silenciosas, de lembranças recalçadas; e a figura paterna, antes vista como virtuosa, agora apresenta uma imagem invertida de si mesmo [...] (BERG, 2008, p. 113).

Assim, a autoridade paterna encontra-se ausente em um momento que, segundo Berg (2008), a sociedade passou a questionar as leis, a transmissão de saberes e, conseqüentemente, a autoridade dos pais. Além disso, a autora avalia que a emancipação das mulheres teve influência nesta modificação da estrutura da família, pois se antes o casamento dependia da união de um homem e de uma mulher de forma

permanente, “[...] com a legalização do divórcio [...] surgiu um duplo movimento de dessacralização do casamento e de humanização dos laços de parentesco” (idem, p. 115). A família contemporânea, portanto, analisa a autora, encontra-se fragilizada em razão das mudanças ocorridas no final da década de 60, o que afetou a cultura em geral.

Em relação ao presente estudo, podemos concluir que a ausência da inscrição da autoridade paterna pode influenciar no tratamento da obesidade, considerando novamente o que foi dito acerca das dificuldades dos pais em exercer sua autoridade sobre os filhos.

7. CONCLUSÃO

Nesta pesquisa buscamos estudar a participação dos responsáveis no tratamento da obesidade com adolescentes. Para isso, foram coletados os discursos de 9 responsáveis que estavam presentes na consulta dos adolescentes em tratamento para a obesidade no ambulatório de adolescentes do referido hospital pediátrico terciário onde foi realizado o estudo. Como vimos a partir da análise de dados, os responsáveis conseguiam seguir algumas das orientações dadas no ambulatório de adolescentes, tais como a compra de alimentos saudáveis e a tentativa em manter uma rotina de exercícios. No entanto, pudemos avaliar que os responsáveis apresentavam dificuldades em exercer autoridade sobre os filhos, o que foi considerado um fator importante para a adesão ou não adesão ao tratamento. A escolha da psicanálise para avaliar esta dificuldade dos pais foi feita em razão de seus conceitos embasarem da melhor forma nosso estudo, proporcionando uma análise significativa dos discursos dos responsáveis entrevistados.

Os conceitos de superego de Freud e do nome-do-pai de Lacan apontam que a figura paterna exerce um papel fundamental na introdução da noção de sujeito civilizado, ou seja, inscrito dentro das regras e da moral inerentes a uma sociedade. Dessa forma, com a inscrição do nome-do-pai o sujeito renuncia seus desejos infantis a favor da coletividade. No entanto, como foi exposto durante a discussão, nas últimas décadas o que se observa é justamente o declínio desta autoridade paterna, o que influencia o atual momento de fragilidade da família contemporânea. Além disso, avaliou-se que a ausência da inscrição do pai não se limita aos casos de obesidade, estendendo-se a outros.

Coelho dos Santos (2001) em seu estudo sobre os novos sintomas e laços sociais faz uma análise temporal acerca das mudanças que ocorreram na relação do indivíduo com a família e com a sociedade. A autora avalia que nos tempos feudais, ou seja, antes do homem moderno, a esfera pública não se separava da esfera individual e, portanto, não havia espaço para os próprios desejos e aspirações, prevalecendo o modelo patriarcal. Dessa forma, “Além de reforçar o distanciamento afetivo, esse tipo de exercício de autoridade reforçava a solidariedade do grupo, coibindo o isolamento dos indivíduos e impossibilitando o desenvolvimento da interioridade” (COELHO DOS

SANTOS, *idem*, p. 279). Com isso, conclui Coelho dos Santos (*ibidem*), o homem controlava seus excessos e os hábitos eram moderados, sendo o trabalho o centro de sua vida. Dessa forma, os papéis sociais eram bem definidos e o sujeito se guiava de acordo com o que era da ordem do coletivo.

No entanto, Coelho dos Santos (2001) avalia que com o advento da ciência, houve a queda do poder de Deus, o que determinou o início do declínio do nome-do-pai. A autora analisa que:

O nascimento do discurso da ciência advoga para o pensamento o poder de determinação outrora atribuído a Deus e seus representantes [...] No lugar da autoridade religiosa, o direito a igualdade e a liberdade fomenta o individualismo e a descrença próprias da razão em detrimento do sentido fundado na fé. Sem o apoio na autoridade religiosa, a função do pai de família se esvazia da força de mandado divino da qual fora investida [...] (COELHO DOS SANTOS, *idem*, p. 304).

Neste sentido, Coelho dos Santos (2001) considera que este distanciamento do homem em relação à autoridade religiosa, permitiu que crenças, tradições e regras sociais fossem questionadas. Com isso, inicia-se um momento de individualismo onde, como avalia a autora, todos podem tudo e não há ninguém que possa lhes dizer não. Coelho dos Santos (*idem*, p. 309) averigua que os movimentos de liberdade sexual e o feminismo fazem parte desta nova cultura, avaliando que:

À compulsividade sexual acrescentam-se o consumismo desenfreado, o trabalho como adicção, o apelo às drogas ilícitas [...], o gosto pelo excesso na toxicomania e um impulso a agir, sempre mais depressa, antes de pensar. Observamos esses efeitos em nossa clínica: na permissividade dos pais que não podem dizer não, no apelo sem freios ao consumo, no endividamento crônico em cartões de crédito e cheques especiais [...] (COELHO DOS SANTOS, 2001, p. 309).

Neste sentido, a autora analisa que a contemporaneidade se baseia na exclusão do nome-do-pai e, conseqüentemente, das tradições e rotinas que faziam o sujeito renunciar aos seus objetivos sexuais infantis em prol de sua entrada na sociedade. O que se observa atualmente não é a falta do objeto perdido, mas o que “[...] falta ao próprio corpo e ao próprio eu” (COELHO DOS SANTOS, 2001, p. 315). A partir do momento em não há renúncia, mas uma “[...] satisfação pulsional a céu aberto [...]” (ANTUNES *et al.*, 2012, p. 5), o sujeito encontra-se em uma busca incessante por algo que o defina em mundo onde tudo é passageiro, determinado pelo mercado que estabelece as necessidades imediatas do dia.

De acordo com Antunes *et al.* (2012) os novos sintomas ou sintomas contemporâneos se diferem do sintoma clássico freudiano, que se baseava justamente na inscrição do nome-do-pai. A clínica freudiana se referia a um momento em que, como avalia Coelho dos Santos (2001), a figura paterna funcionava “[...] como a máscara da falta de gozo e no qual neuroses históricas e obsessivas dão testemunho de uma relação com o superego paterno” (COELHO DOS SANTOS, *idem*, p. 312). A psicose antes considerada por Freud como um desvio do fechamento do Édipo por resultar da ausência da inscrição paterna no inconsciente, é considerada por Coelho dos Santos (*ibidem*) como a estrutura dominante no mundo contemporâneo, resultado do declínio dos representantes paternos. Dessa forma, “Os novos sintomas embaralham as fronteiras entre a neurose e a psicose. O avanço do discurso individualista modificou os sintomas, subverteu os laços sociais e esvaziou os modos já constituídos de gozar” (COELHO DOS SANTOS, 2001, p. 312). É importante esclarecer que os novos sintomas se relacionam ao conceito de “psicose ordinária” (MILLER, 2004 *apud* ANTUNES *et al.*, 2012, p. 5), a qual relaciona-se diretamente a civilização contemporânea e, conseqüentemente, com o fato da lei paterna não mais orientar a sociedade atual. Os novos sintomas “[...] são soluções de gozo que localizam, estabilizam, impedem o desencadeamento psicótico” (ANTUNES *et al.*, 2012, p. 5). Dessa forma, os sintomas contemporâneos se caracterizam como estabilizadores psíquicos que impedem o desenvolvimento da psicose.

A obesidade pode se localizar dentro de uma estrutura neurótica, tal como avalia Antunes *et al.* (2012), onde o excesso de peso funciona como um sintoma freudiano, ou pode se relevar como uma neoconversão:

Neste caso, estaríamos no âmbito das psicoses ordinárias, isto é, no campo dos novos sintomas conversivos da contemporaneidade. Neles não é possível rastrear sua história e significação inconsciente. Aqui, a obesidade parece se configurar como uma solução a serviço de impedir a desorganização subjetiva (ANTUNES *et al.*, 2012, p. 6).

Com isso, observa-se que na obesidade existe um uso do corpo obeso como um nome-do-pai que localiza, circunscreve a satisfação para o sujeito, como descrevem Coelho dos Santos e Antunes (2006). O excesso de peso funciona, portanto, como uma solução ao declínio da autoridade paterna, proporcionando uma estabilidade subjetiva ao sujeito.

Observa-se, portanto, como a autoridade paterna se caracteriza como fundamental para o sujeito, tal como afirmamos na fundamentação teórica deste estudo. No entanto, foi constatado que a presença dos pais nas entrevistas não ocorreu em nenhuma delas, ficando a cargo das mães irem às consultas e se responsabilizarem pelo tratamento. Além disso, analisou-se na maioria dos discursos coletados, que o pai continuava comprando alimentos que estavam fora da dieta prescrita, prejudicando a manutenção ou a perda de peso. O fato das mães relatarem que é necessário “ficar em cima” (sic) para que os adolescentes sigam a dieta, nos diz muito sobre o que Lacan analisa sobre a função da inscrição do Nome-do-Pai ainda na infância. Entretanto, avalia-se que não é somente nos casos de obesidade que a figura paterna se encontra em declínio, sendo o reflexo da situação atual das famílias. Como foi mencionado durante a análise dados, os pais entram em conflito com os filhos, pois não conseguem comandar a casa sem serem questionados e enfrentados, sendo o motivo da maioria dos encaminhamentos ao ambulatório de psicologia do hospital pediátrico terciário em que foi realizada a pesquisa, independente do paciente ser obeso ou não.

A partir do referencial psicanalítico, ressaltamos o fato dos adolescentes precisarem ser monitorados para que sigam a dieta e dos responsáveis se sentirem impotentes em relação aos filhos. Isso nos mostra que a não adesão ao tratamento pode ir muito além de uma possível ignorância quanto aos riscos advindos da obesidade ou de má vontade em seguir as prescrições médicas. Os sintomas apresentados, dessa forma, ultrapassam a constatação do estado físico através de exames de rotina, abrangendo a subjetividade do indivíduo. A ausência da inscrição paterna exige uma intervenção psicanalítica que possa avaliar aspectos inconscientes, podendo proporcionar resultados mais significativos do que uma abordagem informativa ou educativa. A presente pesquisa possibilitou a constatação das dificuldades dos responsáveis em exercer autoridade sobre os filhos, o que influencia no tratamento da obesidade, bem como um quadro geral dos principais conflitos familiares encontrados no serviço de psicologia, revelando o estado atual das famílias contemporâneas.

Conclui-se que o estudo apresentado atingiu seu objetivo em estudar a participação dos responsáveis no tratamento da obesidade, contribuindo para os atendimentos do ambulatório de adolescentes. Em razão da relevância dos resultados encontrados, a continuidade deste estudo em outro momento se mostra importante, podendo alcançar abrangência teórica e prática significativas.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTUNES, Maria Cristina da Cunha. et al. A obesidade como sintoma contemporâneo: uma questão preliminar. *aSEPHallus*, v. 7, n. 13, 2011/2012. Disponível em: <http://www.isepol.com/asephallus/numero_13/artigo_07.html>. Acesso em 28 abr. 2015.

BERG, Raquel. Banquete em família: o trajeto da constituição do Édipo. In: BERG, Raquel (Org). Uma análise freudiana da obesidade. Dissertação de mestrado submetida ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo/USP. Orientada pela Profa. Ana Maria Loffredo. São Paulo, p. 104 -116, 2008.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA – ABESO. *Diretrizes Brasileiras de obesidade 2009/2010*: Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. 3 ed. São Paulo: ABESO, 2009. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes_brasileiras_obesidade_2009_2010_1.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2013.

BOA-SORTE *et al.* Percepção materna e autopercepção do estado nutricional de crianças e adolescentes de escolas privadas. *Jornal de Pediatria Rio de Janeiro*. Porto Alegre, v. 83, nº 4, 2007.

BRASIL, Lei nº 8069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *DOU*, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 ago. 1990, Seção 1, p. 1855. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm>. Acesso em: 08 ago. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009*: Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde*: norma técnica SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2013.

BRASIL, Resolução nº 466/12, de 12 de dezembro de 2012. Incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. *DOU*, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 12, 13 jun. 2013, Seção 1, p. 59. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2013.

CAMARGO, Ana Paula Paes de Mello de *et. al.* A não percepção da obesidade pode ser um obstáculo no papel das mães de cuidar dos seus filhos. *Ciência & Saúde Coletiva*. Campinas, p. 323-333, 2011.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. Método de análise conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*. V. 57, n. 5, p. 611-614, 2004.

COELHO DOS SANTOS, Tânia Coelho. Quem precisa de análise hoje?: o discurso analítico – novos sintomas e novos laços sociais. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

COELHO DOS SANTOS, Tânia; ANTUNES, Maria Cristina da Cunha. Se todo gordo é feliz, a obesidade é um problema ou uma solução? *Psicanalisar hoje*. Rio de Janeiro: Contra Capa, p. 191-203, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Código de Ética Profissional do Psicólogo*. Brasília, 2005. Disponível em: < http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo_etica.pdf>. Acesso em: 26 set. 2013.

CRESWELL, John W. Análise e interpretação de dados. In: CRESWELL, John W (Org). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Porto Alegre: Artmed, 2. ed., 2007 p. 194-199.

DE PAULA, Fernanda Oliveira Queiroz. Da castração como rochedo freudiano à vertente feminina da sexuação lacaniana. Dissertação de mestrado submetida ao Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ. Orientada pela Profa. Dra. Tânia Coelho dos Santos. Rio de Janeiro, 2013.

EISENSTEIN, Evelyn; COELHO, Karla (Org). *A saúde de adolescentes e jovens: competências e habilidades*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série B. Textos Básicos em Saúde). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/multimedia/adolescente/textos_comp/tc_08.htm>. Acesso em: 9 ago. 2013.

FEIJÓ, Ricardo Becker; OLIVEIRA, Ércio Amaro de. Comportamento de risco na adolescência. *Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro)*. v. 77, n. supl. 2, p. S125-S134, 2001. Disponível em: <http://www.jped.com.br/conteudo/01-77-S125/port_print.htm>. Acesso em: 4 dez. 2013.

FREUD, Sigmund (1924). A dissolução do complexo de Édipo. In: FREUD, Sigmund (Org). *O ego e o id e outros trabalhos (1923-1925)*: coleção obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XIX, p. 189 – 199.

FREUD, Sigmund (1923). A organização genital infantil: uma interpolação na teoria da sexualidade. In: FREUD, Sigmund (Org). *O ego e o id e outros trabalhos (1923-1925)*: coleção obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XIX, p. 157 -161.

FREUD, Sigmund (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: FREUD, Sigmund (Org). *Um caso de histeria, três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos (1901-1905)*: coleção obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. VII, p. 119-231.

KNOBEL, Maurício; ABERASTURY, Arminda. *Adolescência Normal: um enfoque psicanalítico*. Porto Alegre: Artmed, 1992.

LINDELOF, Anders; NIELSEN, Claus Vinther; PEDERSEN, Birthe D. Obesity - more than food and exercise: a qualitative study exploring obese adolescents' and their parents' view on the formers' obesity. *Internacional Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*. Mar. 2010. DOI: 10.3402/qhw.v5i2.5073.

MARTINEZ-AGUILAR, Maria de La luz et. al. Percepções da obesidade de adolescentes obesos, estudantes do 7º ao 9º grau, residentes em Tamaulipas, México. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, v. 18, n. 1, p. 1-7, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt_08.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2013.

MELLO FILHO, Júlio; BIRD, Miriam. Obesidade e Família. In: MELLO, J.M; BIRD, M. (Org). *Doença e Família*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

MEZAN, Renato (2001). Honrarás teu pai e tua mãe. In: MEZAN, Renato (Org). *Freud: a trama dos conceitos*. São Paulo: Editora Perspectiva, 4ª ed., p. 189 – 206.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (1995). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.

MUITO além do peso. Direção Estela Renner, Produção Maria Farinha Filmes, 2013. Vídeo. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=9dR20PWWepg>>. Acesso em: 9 ago. 2013.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – OMS. 10 datos sobre la obesidad, 2013. Disponível em: <<http://www.who.int/features/factfiles/obesity/es/>>. Acesso em 9 ago. 2013.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – OMS. Growth reference 5-19 years, 2007. Disponível em: <http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/index.html>. Acesso em 24 jul. 2013.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – OMS. Obesidad y sobrepeso, 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>>. Acesso em: 17 jul. 2013.

SALES, Carolina de Alvarenga. *Influência dos padrões interacionais da família na obesidade do adolescente: um estudo qualitativo com o Modelo Familiar FIRO*. 264 f. Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.sapientia.pucsp.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=4646>. Acesso em: 7 ago. 2013.

SARMENTO, Andrich Silva Linhares *et. al.* Avaliação dos sintomas emocionais e comportamentais em adolescentes obesos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. v. 10, n. 3, p. 833-847, 2010. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v10n3/artigos/html/v10n3a12.html>>. Acesso em: 10 dez. 2013.

VIEIRA, Maria Aparecida *et. al.* Adesão inicial ao tratamento de adolescentes obesos em programas de redução de peso. *Pediatria (São Paulo)*. v. 26, n. 4, p. 240-246, 2004. Disponível em: <<http://pediatriaopaulo.usp.br/upload/pdf/1082.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Global Database on Child Growth and Malnutrition, 2013. Disponível em: <<http://www.who.int/nutgrowthdb/about/introduction/en/index4.html>>. Acesso em: 9 ago. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Who Anthroplus for personal computers manual: Software for assessing growth of the world's children and adolescents. Geneva: WHO, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/growthref/tools/who_anthroplus_manual.pdf>. Acesso em: 9 ago. 2013.

**ANEXO A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO (TCLE)**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Tratamento da obesidade no Ambulatório de Adolescentes: a participação de responsáveis no tratamento

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Tratamento da obesidade no Ambulatório de Adolescentes: a participação de responsáveis no tratamento” da psicóloga residente multiprofissional Letícia de Moraes Sarmiento Figueirinha. Antes de decidir se participará, é importante que você entenda porque o estudo está sendo feito e o que ele envolverá. Reserve um tempo para ler cuidadosamente as informações a seguir e discuta-as com sua família, amigos e seu Médico, se desejar. Faça perguntas se algo não estiver claro ou se quiser mais informações. Não tenha pressa de decidir se deseja ou não participar deste estudo.

Obrigado por ler este material.

- 1) A presente pesquisa tem como objetivo estudar a participação de responsáveis no tratamento da obesidade em adolescentes. Para isso, a pesquisadora o (a) convidará para participar de uma entrevista individual que contará com perguntas que abrangerão o tratamento para a obesidade do adolescente que você acompanha no Ambulatório de Adolescentes.
- 2) Os participantes desta pesquisa foram escolhidos de forma aleatória, tendo apenas como critério de inclusão ser responsável pelo adolescente em tratamento para obesidade no Ambulatório de Adolescentes.
- 3) Se decidir participar da pesquisa, você receberá um exemplar deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Mesmo se decidir participar, você tem a liberdade de interromper a entrevista a qualquer momento. Isso não afetará o padrão de cuidados que o adolescente receberá.
- 4) Ao decidir participar da pesquisa, você estará contribuindo para entendermos mais acerca do tratamento da obesidade em adolescentes, agregando informações que podem auxiliar o jovem em seu tratamento.
- 5) A entrevista será gravada pela pesquisadora Letícia de Moraes Sarmiento Figueirinha sob supervisão de sua orientadora de pesquisa, com o intuito de agregar o máximo de informações, tendo duração de aproximadamente 50 minutos. Os únicos que terão acesso ao conteúdo gravado serão a pesquisadora e os orientadores da pesquisa. O material coletado será analisado e eliminado após a conclusão desta pesquisa, em março de 2015.
- 6) Os resultados desta pesquisa estarão à sua disposição quando finalizados. Seu nome ou do adolescente que você acompanha ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. A pesquisadora irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.
- 7) Os resultados da pesquisa serão utilizados para embasar o Trabalho de Conclusão de Curso – TCC da pesquisadora que será apresentado ao

Ambulatório de Adolescentes e em eventos científicos, além de um artigo científico a ser publicado em revistas da área de Psicologia e da saúde.

Este estudo foi revisado pelo seguinte Comitê de Ética em Pesquisa, formado por um grupo que se reúne para avaliar os projetos e assegurar que os mesmos não trazem nenhum dano aos participantes da pesquisa.

Comitê de Ética em Pesquisa do (conteúdo sigiloso)

Endereço: (conteúdo sigiloso)

Telefone: (conteúdo sigiloso)

Horário de Funcionamento: (conteúdo sigiloso)

E recebeu parecer favorável na reunião realizada em : 09/09/2014.

Contato para informações adicionais:

Se você precisar de informações adicionais sobre a participação no estudo, sobre seus direitos e do adolescente que você acompanha ou sobre possíveis efeitos colaterais, ligue para a psicóloga Letícia de Moraes Sarmiento Figueirinha:

Telefone: (conteúdo sigiloso)

Nenhum incentivo ou recompensa financeira está previsto pela sua participação neste estudo de pesquisa clínica, se houver a necessidade de se locomover até o local da pesquisa, seus gastos com transporte e alimentação serão reembolsados mediante apresentação de recibos.

Obrigado por ler estas informações. Se desejar participar do estudo, assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido anexo e devolva-o a pesquisadora responsável. Você deve guardar um exemplar destas informações e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para seu próprio registro.

Assinatura pesquisadora

Assinatura participante da pesquisa

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP