



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ

PRÓ- REITORIA DE GRADUAÇÃO

CURSO DE MEDICINA

BRENO FIGUEIREDO MEIRA

THALITA MARTINS MERGULHAO

**PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO NA PRIMEIRA CONSULTA DE  
PACIENTES MATRICULADOS EM AMBULATÓRIO DE OBESIDADE  
INFANTIL**

BELEM  
2019

BRENO FIGUEIREDO MEIRA  
THALITA MARTINS MERGULHAO

**PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO NA PRIMEIRA CONSULTA DE  
PACIENTES MATRICULADOS EM AMBULATÓRIO DE OBESIDADE  
INFANTIL**

Trabalho de conclusão apresentado à coordenação de curso de Medicina do Centro Universitário do Estado do Pará, sob orientação do Profa. Silvana Cristina Rodrigues da Silva e co-orientação da Profa. Mônica Moura Rocha.

BELÉM  
2019

## **AGRADECIMENTO**

Primeiramente, agradeço a toda minha família por sempre acreditarem na minha capacidade e no meu sonho profissional de me tornar médico, em especial meu pai, André Lúcio Azevedo Gondim Meira, por ter me criado a ser uma pessoa justa, racional, a encarar meus problemas sem medo, a superar as dificuldades e a ser respeitoso com qualquer ser vivo, independente de gênero, etnia ou classe social, minha mãe, Márcia Figueiredo Meira, por ser minha eterna inspiração de pessoa pura, de bondade e humildade infinita, que me ensinou a nunca devolver ódio, e sim amor, que me criou e protegeu com muito afeto e muito carinho, e ao meu irmão, Délio Gondim Meira Neto, por sempre ter sido meu herói e melhor amigo, que esteve sempre ao meu lado nos nossos momentos mais difíceis, mas também nos momentos mais gloriosos.

À minha namorada e melhor amiga Brenda Rupf Cavalcante por sempre ter acreditado em mim, por ter me acalmado nos momentos de tormento e fúria, por ter brigado nas minhas decisões e atitudes mais estúpidas, por ter feito parte da construção do meu caráter, por me mostrar o verdadeiro significado de amor e por ser essa pessoa incrível que não mede esforços para tentar arrancar um sorriso do meu rosto todos os dias desde que nos conhecemos. Te amo com todas as minhas forças.

À minha amiga Thalita Martins Mergulhão, primeiramente por ter confiado e me recebido de braços e coração abertos nesse trabalho, e por ter sido uma pessoa espetacular durante nossa graduação.

À minha eterna dupla de curso Bruna Sayuri Eguchi por ter sido uma grande amiga, companheira, que me ajudou e ajuda até hoje a me tornar um bom profissional, que me proporcionou bons momentos com nossos amigos, que enfrentou ao meu lado grandes desafios dentro dessa jornada, por ter sido minha dupla na medicina e por ser uma pessoa espetacular. Com certeza, Japonesa, a minha graduação seria mais difícil e sem graça sem a sua amizade.

Aos meus amigos André Aragão, Augusto Borborema, Caio Cesar, Felipy Chaves, Glenda Figueira, Gustavo Maradei, João Américo, João Felipe, Maíra Khoury, Mateus Paes, Nicole Leão e Pedro Carvalho por terem entrado na minha vida durante a graduação e enfrentados juntos essa árdua jornada na graduação de medicina. Vocês não fazem ideia da importância que cada um de vocês tem na minha vida. Vocês são Massa Pakas demais. Amo todos vocês!

Aos meus amigos Artur Priante e Rafael Zell por formarem junto comigo esse trio de peixes que vou levar para o resto da minha vida. Não poderia deixar de agradecer a vocês por todos os momentos que passamos juntos. Por todos os desafios, vitórias, esforços, tudo. Obrigado por tudo Time Peixe!

Aos meus amigos de sub-grupo, Juliana Martins, Nathálya Vilhena, Natália Ornela, João Vitor Otatu e Alan Lima por terem me acolhido, me ajudado e tornado essa etapa mais divertida e prazerosa. Vocês não fazem ideia da sorte que tive de cruzar meu caminho com vocês e tê-los como amigos. Por mais recente e curta a nossa convivência, vocês foram cruciais na minha formação médica.

Aos *brothers* Alfredo Serejo, Aldo Vigário, Matheus Andrade, Antonio Morais, Célio Picanço, Felipe Bezerra, Caio Bastos, Ibis Lins, Harian Almeida e Lucas Cândido pela amizade desde a infância, por terem acreditado no meu sonho e potencial, por terem sido minha válvula de escape da medicina, pela lealdade e pelos melhores momentos que pude ter ao lados de cada um de vocês.

Às orientadoras Dra. Silvana e Dra. Monica por terem me recebido e me acolhido nesse trabalho, por disponibilizarem de seu tempo para tornar esse trabalho bem produzido e por confiarem em mim para somar na conclusão nesse trabalho de conclusão de curso. Sou eternamente grato a vocês, professoras.

Por fim, agradeço a Deus por me abençoar com tantas pessoas incríveis que entraram na minha vida.

*Breno Figueiredo Meira*

## **AGRADECIMENTO**

Agradeço a minha família, Francisco Mergulhão, Nazaré Mergulhão, Thiago Mergulhão, Thaís Mergulhão e Lupita, por estarem ao meu lado nessa jornada, e em especial os meus pais, os responsáveis por cada passo que dei, sempre acreditando em mim, até quando eu mesma não acreditava.

Agradeço a minha orientadora e co-orientadora, por terem representado tão bem este papel, sendo fundamental em cada detalhe deste projeto. Dra. Silvana e Dra. Monica, obrigada por estarem tão presentes, por disponibilizarem seu tempo para ler e reler inúmeras vezes. Obrigada por todos os ensinamentos, sou muito grata à vocês.

Agradeço a minha dupla, Breno Meira, que veio somar e acrescentar comigo nesta jornada.

Agradeço aos meus amigos, sub-grupo do internato, pelo convívio diário nessa reta final. Dividimos as mesmas angústias, e compartilhamos juntos essa vitória. Rúbia, Rods, Luis Felipe, Luiz, Bietha, Fê, Sil, Barbara, Ângelo, Zay, Bruna, Becca, Liange, meu muito obrigada. Aos amigos que mesmo em grupos distintos sempre se fizeram presentes, Artur, Anna K, Felipy, Raissa, Kaw e Flavynha.

Às minhas amigas, que além de toda amizade que tem comigo, ainda se dispuseram a me ajudar neste trabalho: Glenda Figueira e Rúbia Sena.

Agradeço minha sobrinha Júlia e o Clube do remo, que foram minhas inspirações no momento que estava redigindo este agradecimento.

Thalita Martins Mergulhão

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A obesidade entre crianças e adolescentes está aumentando, tornando-se uma epidemia mundial. Vários fatores estão relacionados na sua gênese, entre eles, genéticos, o estilo de vida sedentário, hábitos de vida baseados em telas, tabletes e videogames, e alimentação inadequada. Nesse contexto, torna-se enriquecedor, o estudo que revela o perfil clínico e epidemiológico de pacientes na avaliação de primeira consulta do ambulatório de obesidade infantil do Centro de Especialidades Médicas de uma Escola médica do município de Belém. **OBJETIVO:** Avaliar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes matriculados no ambulatório de Obesidade infantil. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com extração de informações através de um questionário elaborado, na ficha de primeira consulta dos prontuários. **RESULTADOS:** Foram avaliados 61 prontuários registrados no ambulatório de obesidade infantil do CEMEC. Foram identificados 62,3% pertencentes ao gênero masculinos e 37,7% do gênero feminino. As faixas etárias encontradas foram escolar e adolescentes, com 47,5% e 52,5% respectivamente. A prática de atividade física não foi referida por 68,9% dos pacientes. Grande parte dos pacientes referiu tempo de tela maior que 2 horas diárias. Não há diferença significativa em pacientes que fizeram aleitamento materno exclusivo até os 6 meses, e os que não fizeram. Grande proporção dos pacientes apresenta obesidade grave (52,5%), principalmente os meninos, enquanto 39,3% apresentaram Obesidade e 8,2% apresentaram sobrepeso. A renda familiar mensal mais declarada foi de 1 a até 2 salários mínimos. Dentre a escolaridade dos pais houve proporção significativa para o ensino médio completo de mães (39,3%) e pais (19,7). A presença de história familiar de obesidade foi mais referida (72,1%). Houve proporção significantes de pacientes com pressão arterial menor que percentil 90 (70,5%). **CONCLUSÃO:** é necessário o conhecimento do perfil epidemiológico da obesidade infantil, para que os profissionais da área de saúde se atualizem com cenário atual, e se apropriem do conhecimento sobre a obesidade infantil, para melhor prevenir, diagnosticar e tratar, sobre tudo os médicos que atuem em puericultura.

**Palavras-chave:** Obesidade, sobrepeso, obesidade pediátrica.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Obesity among children and adolescents is increasing, becoming a worldwide epidemic. Several factors are related in its genesis, including genetic, sedentary lifestyle, screen-based lifestyle, tablets and video games lifestyles, and unhealthy diet. In this context, the study that reveals the clinical and epidemiological profile of patients in the first consultation evaluation of the Childhood Obesity Outpatient Clinic of a Medical School of the city of Belém is enriching. **OBJECTIVE:** To evaluate the clinical and epidemiology of patients enrolled in the childhood obesity outpatient clinic. **METHODOLOGY:** A descriptive, transversal study with information extraction through an elaborated questionnaire applied in the first consultation file of the medical records. **RESULTS:** Sixty-one medical records registered at CEMEC's Childhood Obesity Outpatient Clinic were evaluated. It was identified 62.3% male and 37.7% female. The age groups found were schoolchildren and adolescents, with 47.5% and 52.5% respectively. Physical activity was not reported by 68.9% of patients. Most patients reported screen time greater than 2 hours daily. There is no significant difference in patients who underwent exclusive breastfeeding up to 6 months, and those who did not. A large proportion of patients had severe obesity (52.5%), especially boys, while 39.3% had obesity and 8.2% were overweight. The most declared monthly household income was 1 to 2 minimum wages. Among the parent's education there was a significant proportion for the complete high school of mothers (39.3%) and fathers (19.7). The presence of a family history of obesity was more frequently reported (72.1%). There was a significant proportion of patients with blood pressure below the 90th percentile (70.5%). **CONCLUSION:** it is necessary to know the epidemiological profile of childhood obesity, so that health professionals can update themselves with the current scenario, and take knowledge of childhood obesity, to better prevent, diagnosticate and treat, above all, doctors who work in childcare.

**Keys-words:** Obesity, were overweight, Pediatric obesity.

## **LISTA DE GRÁFICOS**

**FIGURA 1** – Relação dos pacientes quanto o IMC e sexo

**FIGURA 2** – Relação dos pacientes quanto o IMC e a faixa etária

**FIGURA 3** – Relação dos pacientes quanto o IMC e Pressão arterial sistólica

**FIGURA 4** - Relação dos pacientes quanto o IMC e Pressão arterial diastólica.

## **LISTA DE TABELAS**

**TABELA 1** – Variáveis epidemiológicas quanto ao sexo, IMC, faixa etária, AME, atividade física e tempo de tela. renda familiar, escolaridade dos pais, antecedentes familiares de obesidade, atividade física e tempo de tela.

**TABELA 2** – Perfil epidemiológico quando a renda familiar, escolaridade dos pais, história familiar de obesidade

**TABELA 3** – Distribuição dos pacientes quanto aos percentis de pressão arterial.

**TABELA 4** - Classificação do estado nutricional, segundo a OMS



## 1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta a obesidade como um dos maiores problemas de saúde pública e mais prevalentes no mundo. O número de crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade poderá chegar a 75 milhões, aumentando em países de baixa e média renda, se estendendo aos de maior renda atualmente. Essa tendência levará a ter mais obesidade do que desnutrição moderada e grave até 2022, nessas faixas etárias, de acordo com Organização Mundial da Saúde.<sup>1,2</sup>

Devido ao rápido aumento nas três últimas décadas, a obesidade infantil vem sendo caracterizada como uma epidemia mundial, segundo a OMS, ganhando destaque na agenda pública internacional, caracterizando-se como um evento de proporções globais.<sup>3,4</sup>

O diagnóstico de sobrepeso, obesidade e obesidade grave é baseado na história clínica e nutricional, e em dados antropométricos, como o índice de massa corporal (IMC), que é calculado através da divisão do peso em kg pela altura em metros elevada ao quadrado,  $\text{kg/m}^2$ , usado também em crianças e adolescentes. Método de avaliação padronizado pela OMS para avaliação do estado nutricional.<sup>3</sup>

O Ministério da saúde adota os gráficos da OMS específicas para idade e gênero, disponíveis para meninos e meninas nas faixas etárias de 0 a 5 anos e de 5 a 19 anos. São curvas padronizados, uma vez que em crianças, além da variação do peso, o IMC também varia com a altura e com a idade. O ponto de corte é avaliado em escore Z, onde o escore  $z > +1$  e  $< +2$  é sobrepeso,  $> +2$  e  $< +3$  é obesidade e escore  $z > +3$  Obesidade grave.<sup>1,5,6</sup>

Considera-se o IMC um bom indicador, mesmo não sendo correlacionada com a gordura corporal, devido a sua simplicidade, praticidade e sem custo. O IMC não distingue a massa gordurosa de massa magra. Já a medida da circunferência abdominal (CA) reflete melhor o conteúdo de gordura visceral. Logo a associação da medida da circunferência abdominal com o IMC pode oferecer de forma combinada a avaliação de risco e ajudar a diminuir as limitações de cada uma das avaliações isoladas.<sup>6</sup>

Alguns estudos apontam que em crianças e adolescentes, o IMC e a CA não são métodos que avaliem com sensibilidade adequada a presença de adiposidade visceral, devido às mudanças expressivas de distribuição da gordura corporal nesse período. Porém, por meio da Ressonância Magnética (RNM) foi constatado que a composição de tecido adiposo em crianças e adolescentes corrobora que as medidas de CA e IMC são métodos viáveis para estimar gordura visceral e subcutânea, respectivamente.<sup>7</sup>

Para medição da circunferência abdominal as poucas referências encontradas sugerem um ponto de corte, porém não há um consenso. Segundo o manual de avaliação nutricional do departamento científico de Nutrologia da Sociedade Brasileira de Pediatria, a CA é considerada aumentada quando os valores estão acima do percentil 90.<sup>5,6</sup>

Fatores genéticos, fisiológicos, metabólicos, ambientais e comportamentais, estão envolvidos na gênese da etiologia excesso de peso infantil. Apesar das crianças viverem em ambientes mais “obesogênicos” do que no passado, nem todas evoluem com excesso de peso. Assim há uma relação da interação do indivíduo com o ambiente e fatores genético, que somados, podem levar ao excesso de peso.<sup>8,9</sup>

Embora os fatores genéticos possam predispor o indivíduo à susceptibilidade ao ganho de peso, o estilo de vida sedentário, práticas alimentares inadequadas e mudanças na estrutura familiar também contribuem para esta epidemia. Vários estudos demonstram que esses fatores interferem de maneira mais significativa sobre a composição corporal.<sup>1,10</sup>

Sabe-se que crianças com excesso de peso têm um risco aumentado e tornarem-se adultos obesos. Estudos encontraram um risco no mínimo duas vezes maior de obesidade na idade adulta para as crianças obesas em relação às não obesas; cerca de um terço dos pré-escolares e metade dos escolares obesos tornam-se adultos obesos.<sup>11</sup>

Há uma correlação direta com obesidade dos filhos quando os pais também são obesos. A associação entre a obesidade da criança e o IMC dos pais parece ser significativa a partir da idade de 3 anos e permanece até a idade adulta. O risco de obesidade quando nenhum dos pais é obeso é de 9%, enquanto, quando um dos genitores é obeso, eleva-se a 50%, atingindo 80% quando ambos são obesos.<sup>6,12</sup>

Pesquisas demonstram que há maior prevalência de obesidade e/ou sobrepeso no gênero feminino. A OMS sugere que isso se deve ao fato de que o excesso de energia é preferencialmente estocado sob a forma de gordura e não de proteína, como acontece no gênero masculino.<sup>13</sup>

Em relação à atividade física, as crianças e os adolescentes, ambos tendem a ficar obesos quando sedentários e a própria obesidade poderá fazê-los ainda mais sedentários. Hábitos sedentários, como assistir televisão e jogar *video game*, contribuem para uma diminuição do gasto calórico diário.<sup>14</sup>

A taxa de obesidade em crianças que assistem menos de 1 hora diária é de 10%, enquanto o hábito de persistir por 3, 4, 5 ou mais horas por dia vendo televisão está associado a uma prevalência de cerca de 25%, 27% e 35%, respectivamente. O videogame é considerado um dos principais contribuintes da inatividade e está associado a aumento da ingestão calórica, resultando em ganho de peso nos jovens.<sup>6,15</sup>

A prevalência da obesidade em crianças reflete comportamentos que privilegiam dietas não saudáveis e a inatividade física. A OMS vem incentivando os países para que eles se voltem a esses ambientes considerados fatores, implementando esforços para reduzir o consumo de alimentos baratos, ultraprocessados, densos em calorias e pobres em nutrientes. Reduzir o tempo que as crianças passam em atividades de lazer baseadas “em telas”.<sup>2,6,16</sup>

A prática de 60 minutos diários de atividade física, que envolva movimentos que aumentem o consumo energético, é associada positivamente a uma série de resultados como redução do risco de doença metabólica. Cerca de 50% da atividade física é realizada no ambiente escolar, ambiente propício para promover atividades, seja por meio de esportes ou atividades lúdicas. Todavia, alguns estudos relatam que as aulas de atividade física são ineficientes, uma vez que os exercícios são de curta duração e de baixa ou muito baixa intensidade, inviabilizando, portanto, o alcance de benefícios satisfatórios.<sup>17</sup>

O comportamento alimentar e a inatividade física, não estão sob o controle das crianças individualmente. Os padrões alimentares das famílias que resultaram em dietas obesogênicas, estão cada vez mais comuns, são ricas em energia e pobres em nutrientes. Já a de atividade física das crianças foi reduzida pelo aumento do uso de automóveis, pelo tempo gasto com televisão e jogos

sedentários e pela diminuição de oportunidades de atividade física a caminho da escola, na escola e durante o tempo de lazer.<sup>18</sup>

O Aleitamento materno exclusivo (AME) é recomendado nos primeiros 6 meses de vida. Entre as doenças infecciosas, respiratórias, que o AME é capaz de proteger, estão também seu efeito protetor contra o risco de sobrepeso e obesidade na infância e na vida adulta, segundo alguns estudos.<sup>19</sup>

Em relação ao desmame precoce, não há evidência da associação entre o desmama antes dos 6 meses e a obesidade. No entanto como a obesidade é uma condição de difícil tratamento, identificar possíveis protetores, como AME, parece exercer importante efeito ao longo da vida.<sup>13,19</sup>

A importância do diagnóstico da obesidade e sobrepeso durante a infância evita a instalação de complicações, com uma intervenção precoce. Quanto mais idade tiver a criança e maior for o excesso de peso, mais difícil será a reversão do quadro pelos hábitos alimentares incorporados e pelas alterações metabólicas instaladas.<sup>13</sup>

A probabilidade de que uma criança obesa permaneça obesa na idade adulta varia de 20% a 50% antes da puberdade e 50% a 70% após a puberdade. Esse risco de obesidade na idade adulta predispõe a criança obesa a complicações da obesidade na idade adulta. Devido a associação da obesidade com alterações metabólicas, torna-se um quadro bastante preocupante<sup>1,18</sup>

Os riscos de complicações decorrentes da obesidade, assim como no adulto são, Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), hipertensão arterial sistêmica (HAS), dislipidemia, que são importantes fatores de riscos para doenças cardiovasculares. O DM2, por exemplo, tem crescido de maneira dramática entre os adolescentes nos últimos 20 anos.<sup>20</sup>

A associação entre obesidade e doença coronariana nos adultos já está bem estabelecida, criando o termo de “síndrome metabólica” (SM), que define aqueles indivíduos que teriam mais chances de desenvolver eventos cardiovasculares devido a uma base fisiopatológica comum entre os componentes da síndrome, possivelmente devido a obesidade central.<sup>20</sup>

A síndrome metabólica é definida como um conjunto de alterações clínicas como: obesidade central, aumento da pressão arterial, anormalidades lipídicas, e intolerância à glicose, onde este conjunto está associado a risco para

doença cardiovascular e DM em adultos. Nela a gordura visceral é o componente clínico central.<sup>5,7</sup>

A hipertensão arterial primária é mais prevalente em crianças e adolescentes com sobrepeso ou obesidade e história familiar. A porcentagem de crianças e adolescentes com diagnóstico de Hipertensão Arterial (HÁ) dobrou nas últimas duas décadas. A prevalência atual de HA na idade pediátrica encontra-se em torno de 3% a 5, devido ao aumento da obesidade infantil.<sup>21</sup>

A HA pediátrica está associada ao desenvolvimento de outras alterações de órgãos-alvo, como o aumento da Espessura médio-intimal (EMI) da carótida, a redução da complacência arterial e o estreitamento arteriolar na retina. Devido a essas complicações e pela HA se apresentar na maioria das vezes, assintomática, é importante a inclusão da aferição da pressão arterial de rotina, possibilitando intervenção precoce, visto que seus níveis elevados na infância estão associados com sua persistência na vida adulta e consequente elevação no risco cardiovascular.<sup>21,22</sup>

O risco de morte em adultos obesos que foram crianças ou adolescentes obesos em comparação aos adultos magros cuja infância e adolescência foram de peso normal é significativamente maior, logo prevenir a obesidade infantil significa diminuir, de uma forma racional e menos onerosa, a incidência de doenças crônico-degenerativas.<sup>6,15</sup>

No Brasil, a obesidade já é objeto de políticas públicas, e o Ministério da Saúde, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), é o principal proponente de ações, seguindo a tendência internacional. Desde a década de 1990, foi definida diretriz para organizar as ações de prevenção e tratamento da obesidade no SUS, sendo revisada em 2012, abordando a temática de forma mais contundente. No ano seguinte, o Ministério da Saúde estabeleceu a linha de cuidado para obesidade como parte da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.<sup>3</sup>

O início da obesidade pode ocorrer ainda nas idades mais tênues do ser humano e persistir até a idade adulta. Assim, o diagnóstico precoce de sobrepeso ou obesidade é de grande interesse para a saúde pública, pois o tratamento nesta fase inicial da vida pode ser mais eficiente e menos oneroso ao Estado.<sup>23</sup>

São poucos os centros de prevenção e tratamento da obesidade, especialmente infantil. A responsabilidade do pediatra na prevenção e no tratamento é de enorme importância, já que envolve condutas de dieta saudável desde o primeiro ano de vida, o que não é uma tarefa fácil, pois os hábitos inadequados estão presentes no âmbito familiar<sup>25</sup>. Fato este que motivou a realização deste estudo. conhecer melhor o perfil dos pacientes encaminhados a este ambulatório especializado em Obesidade infantil, que é um dos poucos encontrados no Brasil.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Identificar o perfil epidemiológico, na primeira consulta, dos pacientes admitidos no ambulatório de Obesidade infantil do Centro de especialidades médicas do CESUPA, em Belém do Pará.

### **2.2 Específicos**

- Identificar a população do ambulatório quanto as suas variáveis, sexo, IMC, faixa etária, aleitamento materno, atividade física, tempo de tela, renda salarial, escolaridade dos pais, história familiar de obesidade.
- Estabelecer a relação do sobrepeso, obesidade e obesidade grave com o sexo feminino e o masculino.
- Identificar a prevalência de sobrepeso, obesidade e obesidade grave dentro das faixas etárias atendidas.
- Correlacionar a relação do sobrepeso, obesidade e obesidade grave com a pressão arterial.

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo de estudo**

Visando a sistematização da pesquisa, fez-se necessária a eleição do tipo de estudo que melhor se adaptasse à pesquisa desenvolvida. Para tanto, optou-se pelo estudo descritivo, transversal, com base nas informações obtidas no prontuário dos pacientes em seguimento no ambulatório de obesidade infantil do CEMEC (Centro Médico de Especialidades Clínicas) – CESUPA.

Nas pesquisas descritivas, os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira sobre eles, ou seja, os fenômenos do mundo físico e humano são estudados, mas não são manipulados pelo pesquisador. Incluem-se, entre as pesquisas descritivas, a maioria daquelas desenvolvidas nas ciências humanas e sociais, como as pesquisas de opinião, mercadológicas, os levantamentos socioeconômicos e psicossociais (PRODANOV, 2013).

#### **3.2 Local / Período**

Ambulatório de obesidade infantil do Centro de especialidades médicas clínicas (CEMEC) localizado na Av. Almirante Barroso, nº 3775, Bairro do Souza, cidade de Belém, Estado do Pará. Existente na instituição desde fevereiro de 2018.

A pesquisa foi realizada no período de Junho de 2019 a Julho de 2019, utilizando as fichas de primeira vez dos prontuários de pacientes com diagnóstico de obesidade infantil, regularmente matriculados no ambulatório em questão. Foram colhidas informações sob um questionário elaborado direcionado para este trabalho.

#### **3.3. População de estudo**

Foram avaliadas as fichas de primeira consulta presente em todos os prontuários, até o momento, matriculados no ambulatório de Obesidade infantil, um total de 62 prontuários, no período que vai do início do funcionamento do ambulatório, até Julho de 2019, do Centro de Especialidades Médicas clínicas, do CESUPA, no município de Belém do Pará.

### **3.4 Critérios de inclusão**

Serão incluídos na pesquisa pacientes com prontuários, regularmente matriculados no ambulatório de obesidade infantil do CEMEC, no período de vigência deste ambulatório, com pelo menos uma consulta.

### **3.5 Critérios de exclusão**

Prontuários ilegíveis, e prontuários sem anamnese descrita.

### **3.6 Procedimentos e instrumentos de coleta**

O instrumento para coleta de dados capaz de alcançar os objetivos propostos na pesquisa e que melhor se adapta às necessidades deste estudo será a ficha de investigação (APÊNDICE A), baseada na análise dos prontuários dos pacientes regularmente matriculados no ambulatório de obesidade infantil do CEMEC – CESUPA.

A coleta será realizada nas dependências do prédio do CEMEC – CESUPA, sem deslocamento dos prontuários à nenhum outro setor ou local. Serão utilizados os dados dos prontuários para preenchimento da ficha de investigação desta pesquisa.

### **3.7 Variáveis do estudo**

Foram coletados dos prontuários os seguintes dados: sexo, idade, estado nutricional, tempo de aleitamento materno exclusivo, atividade física, tempo de tela, renda familiar, escolaridade dos pais, antecedentes familiares de obesidade e pressão arterial.

Para o estudo da idade, os pacientes foram divididos em faixas etárias, segundo o calendário de puericultura do Ministério da saúde. O pré-escolar vai de 2 a 4 anos incompletos. Escolar, de 5 a 10 anos incompletos e Adolescentes 11 a 19 anos.

Na Renda mensal familiar, foram consideradas a declaração salarial de cada membro da família, quantificada em salários mínimos.

A avaliação do estado nutricional foi estabelecida por curva de IMC específico para idade e sexo, adotadas pela OMS. A classificação de sobrepeso é quando score z maior igual a +1 e menor igual a +2. Obesidade maior que +2 e menor igual a +3. Obesidade grave score maior que +3 (tabela 3 e 4).

A pressão arterial é avaliada pelos valores correspondentes aos percentis de PA, por sexo, idade e percentil de altura, nos padrões da 7ª diretriz brasileira de hipertensão arterial. O percentil de altura foi obtido por meio dos gráficos de crescimento do CDC (Centers for Disease Control and Prevention).

Para o diagnóstico de Hipertensão arterial, é necessário que a pressão arterial sistólica (PAS) e/ou pressão arterial diastólica (PAD) sejam superiores ao percentil (p) 95 em pelo menos três ocasiões distintas.

No presente estudo, foi obtido apenas a pressão arterial de primeira consulta, não podendo assim, inferir diagnósticos relacionados a pressão arterial.

### **3.8 Análise de dados**

As informações da caracterização amostral foram apuradas em banco de dados elaborado no *software Microsoft® Office Excel® 2016*.

Na aplicação da Estatística Descritiva, foram construídos tabelas e gráficos para apresentação dos resultados e calculadas as medidas de posição como média aritmética e desvio padrão.

A estatística analítica foi utilizada para avaliar os resultados das variáveis categóricas da amostra através do Teste G e Teste Qui-Quadrado Aderência e Independência.

As estatísticas descritiva e analítica, foram realizadas no *software BioEstat® 5.3* (AYRES et al., 2010). Para a tomada de decisão, adotou-se o nível de significância  $\alpha = 0,05$  ou 5%, sinalizando com asterisco (\*) os valores significantes.

### **3.9 Aspectos éticos**

O estudo pauta-se na Resolução nº 466/12 – CNS. Esta Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. O estudo foi submetido ao Comitê de ética e pesquisa do CESUPA.

A pesquisa não objetiva causar danos de qualquer natureza ao sujeito da observação. Não há o risco de exposição de sua identidade, haja vista que serão utilizados os dados dos prontuários dos pacientes do ambulatório de obesidade infantil.

Como benefícios, a pesquisa levará, à comunidade médica, o conhecimento sobre o assunto, identificando o perfil clínico e epidemiológico e o do paciente em acompanhamento no ambulatório de obesidade infantil de uma instituição de ensino superior do Pará, incentivando a pesquisa em obesidade infantil e sobretudo sensibilizando o universo acadêmico quanto a importância do olhar para o tema em questão. Ao grupo de pacientes estudados, a pesquisa pode revelar o perfil clínico e epidemiológico e as modificações ou manutenções das condições sanitárias dos pacientes em acompanhamento neste ambulatório, avaliando os diversos aspectos sociais, educacionais ou de saúde responsáveis pela situação clínica desse grupo e fomentar nas pesquisadoras que ações podem ser trabalhados neste grupo, no sentido de fornecer melhores resultados.

#### 4. RESULTADOS

Dos 62 prontuários matriculados no ambulatório de obesidade infantil, em estudo, foram avaliados 61 que estavam dentro dos critérios de inclusão, no período de 12 de junho de 2019 a 28 de junho de 2019. Apenas um prontuário foi excluído, por estar preenchido de forma incompleta.

**TABELA 1** – Distribuição dos pacientes quanto as suas variáveis, sexo, IMC, faixa etária, AME.

Variáveis	Pacientes	% (N=61)	p-valor
<b>Sexo</b>			<b>0.0214*</b>
Feminino	23	37,7%	
Masculino*	38	62,3%	
<b>Classificação nutricional</b>			<b>&lt; 0.0001*</b>
Sobrepeso	5	8,2%	
Obesidade*	24	39,3%	
Obesidade grave*	32	52,5%	
<b>Faixa etária</b>			0,7979
Pré-escolar	0	0,0%	
Escolar	29	47,5%	
Adolescente	32	52,5%	
<b>Aleitamento Materno Exclusivo</b>			0,3815
< 06 meses	26	42,6%	
06 meses	27	44,3%	
Não lembra/Não informou	8	13,1%	
<b>Atividade física</b>			<b>0.0032*</b>
Sim	19	31,1%	
Não*	42	68,9%	
<b>Tempo de tela</b>			0,4833
Até 01	8	13,1%	
02 a 03	13	21,3%	
04 a 05	12	19,7%	
06 ou mais	23	37,7%	
Não informou	5	8,2%	

FONTE: Pesquisa de campo Teste Qui-Quadrado Aderência

\*AME: Aleitamento materno exclusivo

Na Tabela 1 observa-se que na distribuição dos pacientes quantos as variáveis epidemiológicas, em relação ao sexo houve uma proporção maior de pacientes do sexo masculino, com significância estatística de 62,3%, em detrimento ao sexo feminino que apresentou 37,7%.

Ainda na tabela 1, nota-se que houve proporção significativa dos pacientes estudados apresentando obesidade grave e obesidade, com 52,5% e 39,3% respectivamente. Apenas 8,2% estão com sobrepeso.

Segundo a classificação dos pacientes por faixa etária (pré-escolar, escolar e adolescente), observou-se que não há pacientes na faixa pré-escolar. Entre os escolares e os adolescentes não houve diferença significativa entre as proporções, com o escolar apresentando 47,5% e o adolescentes 52,5%.

Não há diferença significativa em pacientes que fizeram Aleitamento materno exclusivo até os 6 meses, e aqueles que não fizeram, onde 44,3% fizeram AME por 6 meses.

Quanto a prática de atividade física, observou-se que 68,9% dos pacientes, uma proporção significativa, não realizavam atividade física.

Com relação ao tempo de tela demonstrado um tempo prolongado de horas na maioria dos pacientes. Apenas 13,1% relataram passar até 1 hora em tela, e mais de 68,4% dos pacientes passam mais de 2 horas.

**TABELA 2** Distribuição dos pacientes quanto a renda e escolaridade dos pais

Variáveis	Pacientes	% (N=61)	p-valor
<b>Renda familiar (SM)</b>			<b>0.0238*</b>
Sem renda	1	1,6%	
01 a < 02*	23	37,7%	
02 a < 03	12	19,7%	
> = 03	10	16,4%	
Não informado	15	24,6%	
<b>Escolaridade materna</b>			<b>&lt; 0.0001*</b>
Fundamental incompleto	5	8,2%	
Fundamental completo	5	8,2%	
Médio incompleto	2	3,3%	
Médio completo*	24	39,3%	
Superior incompleto	3	4,9%	
Superior completo	9	14,8%	
Não informado	13	21,3%	
<b>Escolaridade paterna</b>			<b>&lt; 0.0001*</b>
Fundamental incompleto	9	14,8%	
Fundamental completo	7	11,5%	
Médio incompleto	8	13,1%	
Médio completo*	12	19,7%	
Superior incompleto	5	8,2%	
Superior completo	2	3,3%	
Não informado	18	29,5%	

FONTE: Pesquisa de campo

Teste Qui-Quadrado Aderência

Como pode ser observada na tabela 2, a renda familiar mensal mais declarada foi de 1 a 2 salários mínimos (37,7%), porém não houve diferença significativa entre o total de rendas declaradas. Levando em consideração que 24,6% dos pacientes não informaram este dado.

No item escolaridade, 19,7% dos pais e 39,9% das mães informaram que possuem Ensino médio completo, que estatisticamente foi relevante ( $p < 0.0001$ )

**TABELA 3** Distribuição dos pacientes quanto a história familiar de obesidade.

História familiar de Obesidade	Pacientes	%
<b>Possui</b>		
Sim*	44	72,1%
Não	17	27,9%
<b>De que grau</b>		<b>N = 44</b>
1º grau	21	47,7%
2º grau	6	13,6%
Não informou	17	38,6%

FONTE: Pesquisa de campo \*p < 0.0001 Teste Qui-Quadrado Aderência

De acordo com a tabela 3, observou-se proporção significativa de pacientes que possuem história familiar de obesidade (72,1%), sendo que 47,7% desse total, eram parentes de primeiro grau, que inclui pai, mãe e irmãos.

**TABELA 4** Distribuição dos pacientes quanto a pressão arterial

Pressão arterial	Sistólica	Diastólica
< p 90*	43 70,5%	40 65,6%
> = p 90 a < p 95	3 4,9%	11 18,0%
> = p 95	8 13,1%	5 8,2%
Não informado	7 11,5%	5 8,2%

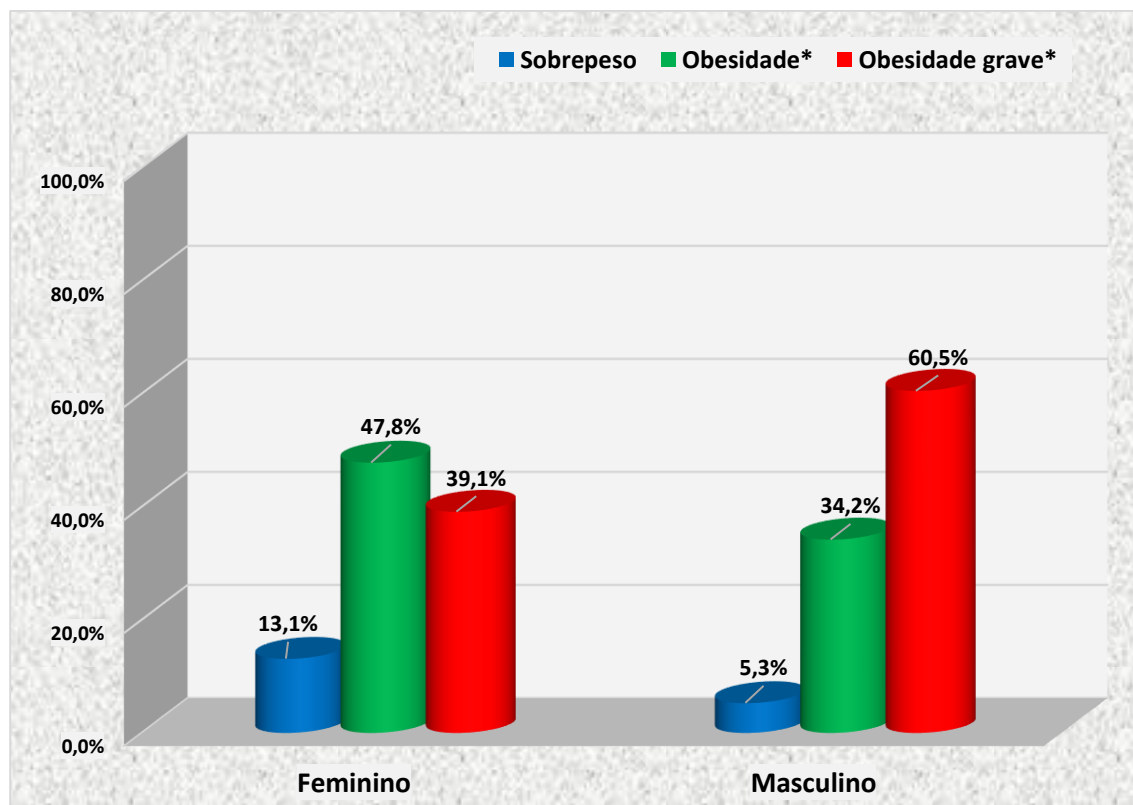
FONTE: Pesquisa de campo \*p < 0.0001 Teste Qui-Quadrado Aderência

A tabela 4 demonstra que em uma análise de primeira consulta, a pressão arterial sistólica de 13,1% e diastólica de 8,2% dos pacientes se encontram no percentil maior ou igual a 95.

Por outro lado, 4,9% dos pacientes com pressão arterial sistólica e 18,0% com PA diastólica apresentaram o intervalo de percentil maior ou igual a 90 e menor que 95.

Observou-se também que uma proporção significativa de pacientes apresentava pressão arterial inferiores a p90, tanto sistólica, como diastólica.

Figura 1 Relação dos pacientes quanto o IMC e o sexo

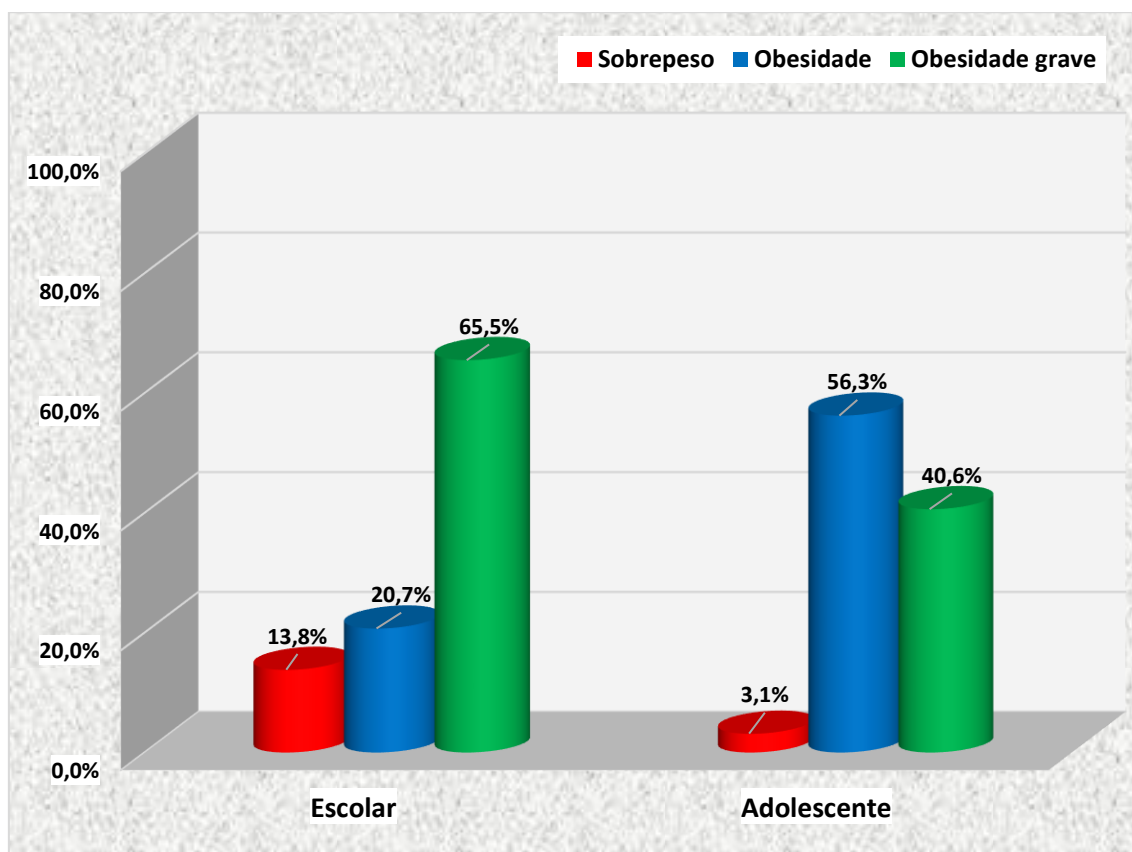


FONTE: Pesquisa de campo

\*p = 0.0101 Teste G Independência

De acordo com a figura 1, ao analisar da relação entre o IMC (sobrepeso, obesidade e obesidade grave) e o sexo (masculino e feminino), percebeu-se uma relevância estatística de pacientes do sexo masculino apresentando obesidade grave (60,5%). No entanto houve maior proporção de meninas com sobrepeso (13,1%) e obesidade (47,8%) em relação a meninos com sobrepeso (5,3%) e obesidade (34,2%).

Figura 2 Relação dos pacientes quanto Faixa etária e o IMC

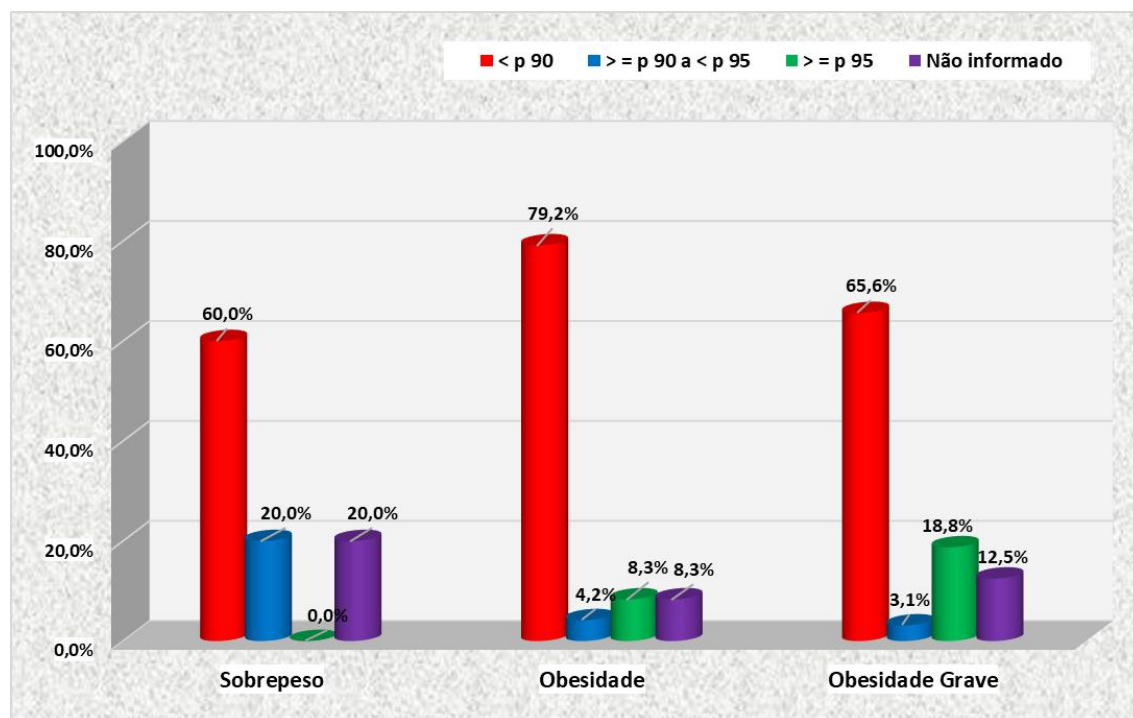


FONTE: Pesquisa de campo

\*p = 0.0101 Teste G Independência

Ao analisar a figura 2, nota-se que houve diferença significativa do IMC entre dentro das faixas etárias. Entre os escolares predominou a obesidade grave com 65,5%, e entre os adolescentes, predominou a obesidade com 56,3%.

FIGURA 3 Relação dos pacientes quanto ao IMC e Pressão arterial Sistólica

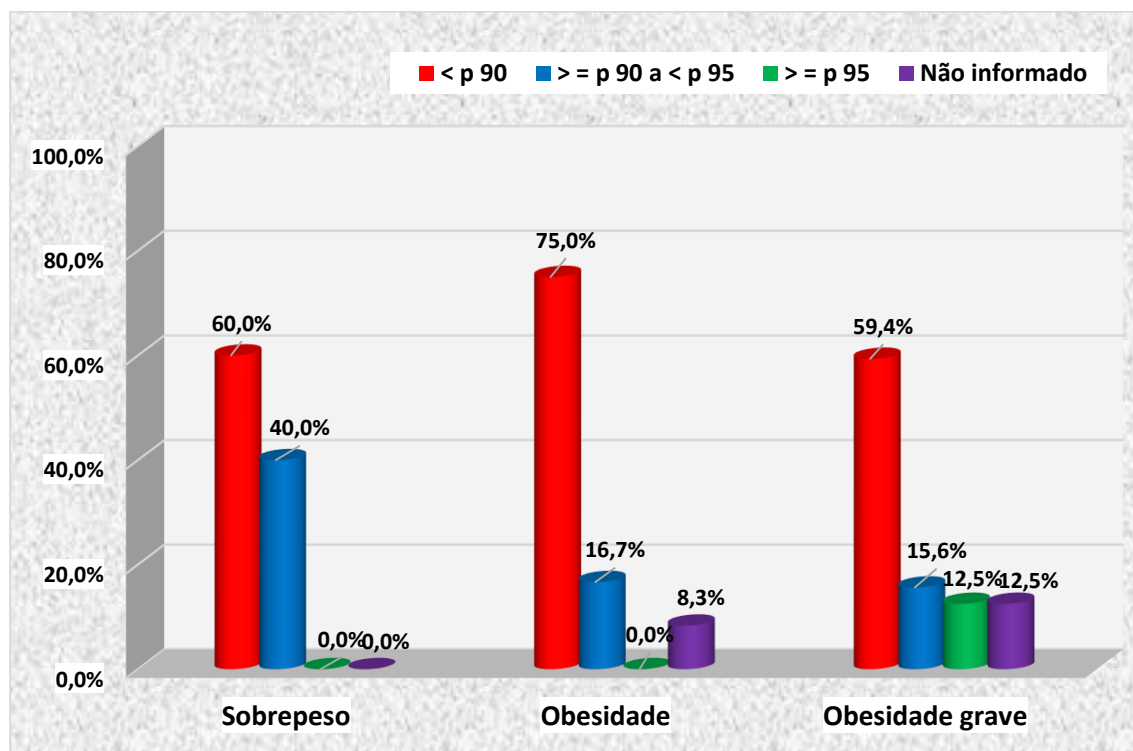


FONTE: Pesquisa de campo

Teste Qui-Quadrado Aderência

Na análise da Figura 3, que relaciona o IMC com a pressão arterial sistólica, foi observado que no sobrepeso, na obesidade, e na obesidade grave, houve proporção significantes de pacientes com percentil menor que 90. No sobrepeso foram encontrados 20% de pacientes com percentil maior ou igual que 90 e menor que 95, porém nenhum se encontrava com a pressão no percentil acima de 95., Já em obesidade e obesidade grave encontramos 4,2% e 3,1% de pacientes respectivamente, com percentil entre 90 e 95. E 8,3% e 18,8% de pacientes com IMC acima de 95 respectivamente.

FIGURA 4 Relação dos pacientes quanto ao IMC e Pressão arterial Diastólica



FONTE: Pesquisa de campo

Teste Qui-Quadrado Aderência

A figura 4, que correlaciona o IMC com a pressão arterial diastólica, foi observado predominância de pacientes de sobrepeso, obesidade e obesidade grave com percentil menor que 90. Também no sobrepeso 40% dos pacientes estavam PA no intervalo de percentis maior 90 e menor que 95. Em obesidade, encontramos 16,7% com percentil maior que 90 e menor que 95. Na obesidade grave encontramos 15,6% com percentil maior que 90 e menor igual 95 e 12,5% dos pacientes com percentil maior que 95.

## 5. DISCUSSÃO

As taxas de obesidade aumentaram no mundo todo, em crianças e adolescentes<sup>1,3</sup>. Segundo a OMS, em 2016 houve aumento de quase 8% nos meninos, equivalente a 74 milhões e de aproximadamente 6% nas meninas, equivalente a 50 milhões<sup>2</sup>.

Este cenário atual está de acordo com o encontrado no presente estudo, onde houve predomínio do sexo masculino (TABELA 1). A mesma tendência foi observada por Gilmar e colaboradores<sup>8</sup> em Feira de Santana- BA, que também está em concordância com resultados encontrados nos escolares brasileiros com obesidade<sup>25</sup>.

Assim como, o Instituto brasileiro de geografia e estatística (IBGE) 2008-2009, também relatou um maior aumento na incidência de meninos obesos, onde o crescimento foi de 3,7% (1974-75) para 21,7% (2008-09) no sexo masculino, e 7,6% para 19,4% no sexo feminino<sup>26</sup>. Segundo Balaban e Silva<sup>11</sup>, este fato deve-se a maior preocupação com a imagem pelo sexo feminino, e dessa forma as meninas apresentariam IMC mais baixos quando comparados ao sexo masculino.

Quanto a análise do perfil nutricional, os valores de obesidade e obesidade grave, predominaram em relação ao sobrepeso, com 39,3% e 52,5% respectivamente (TABELA 1). Assim como Farias e colaboradores<sup>28</sup> encontraram em um Centro de obesidade Infantil, maior proporção de pacientes com obesidade, e apenas 18,2% de sobrepeso. Diferentemente dos dados relatados por Skinner e Skelton<sup>24</sup>, em um estudo realizado na população infantil dos Estados Unidos, que detectou 31,2% de sobrepeso, e 23% de obesidade.

Verificou-se neste estudo a correlação do sexo com o IMC, constatou uma maior proporção de meninos com obesidade grave (60,5%) enquanto a obesidade e sobrepeso foram maiores nas meninas, 47,8% e 13,1% respectivamente (FIGURA 1). Diferente do encontrado no estudo de Skinner e Skelton<sup>24</sup>, que observaram uma maior prevalência de meninos em todos os graus de obesidade (sobrepeso, obesidade e obesidade grave) na faixa etária de 2 a 19 anos.

Com relação a faixa etária, o presente estudo não foi detectado nenhum pré-escolar. Houve uma proporção de 52,5% de adolescentes e 47,5% de

escolar, sem significâncias estatísticas (TABELA 1). Resultado semelhante foi encontrado em dados do IBGE<sup>26</sup> e no estudo de Farias e colaboradores<sup>29</sup>, com relação aos adolescentes e escolares, porém, ambos estudos apresentaram amostras de pacientes pré-escolares, o que difere de resultados encontrados nesse estudo.

Ao correlacionar faixa etária com IMC, observou-se neste estudo que tanto os escolares como os adolescentes apresentaram proporção significativa de IMC com obesidade e obesidade grave (FIGURA 2). Os escolares apresentaram maior proporção de obesidade grave, já os adolescentes apresentaram maior proporção de obesidade, o que pode ser explicado em parte pelo estirão na fase da adolescência, onde segundo Campos e colaboradores<sup>31</sup> o crescimento linear do estirão, faz com que o excesso de peso seja compensado.

Diferente do atual trabalho, dados coletados por Silva e colaboradores<sup>33</sup> encontraram que a prevalência de sobrepeso e obesidade diminuía à medida que ocorria aumento da faixa etária, o que segundo Campos e colaboradores<sup>31</sup> pode ser explicado pela conscientização e maturidade à medida que aumenta a faixa etária.

Outro fator de risco epidemiológico envolvido na gênese da obesidade é o desmame precoce<sup>5</sup>, onde neste trabalho não foi encontrada significância estatística (TABELA 1) em relação as crianças que fizeram aleitamento materno exclusivo até 6 meses de idade, e as que não fizeram AME até os 6 meses de idade, com maior porcentagem para AME por 6 meses (44,3%).

No mesmo cenário, o trabalho de Gilmar e colaboradores<sup>8</sup>, reforça esse resultado, onde não houve associação positiva entre a prática de amamentar e obesidade, o que ele infere não haver uma forte associação entre a amamentação e o sobrepeso na infância. Porém vários estudos, como de Von Kries e colaboradores<sup>26</sup>, Dewey e colaboradores<sup>27</sup>, enfatizam o efeito protetor do leite humano importante contra a obesidade,

No estudo de Modrek e colaboradores<sup>34</sup>, realizado nos hospitais do estado de Oregon nos Estados Unidos da América, foi observado um impacto significativo das políticas para estimular o aleitamento materno em neonatos, causando um declínio de 5,1% dos casos de obesidade, porém o mesmo afirma que este efeito diminui com o passar do tempo, sugerindo haver outras causas alimentares como fatores mais determinantes.

Em relação ao sedentarismo, muitos estudos correlacionam esse item com a composição corporal. Assim, neste estudo foi observado que a maioria dos pacientes (68,9%) não realizavam atividades físicas (TABELA 1). Estudos como o de Jesus e colaboradores<sup>8</sup>, Rocha e colaboradores<sup>13</sup>, Farias e colaboradores<sup>28</sup> também observaram em suas amostras que a maioria das crianças não realizavam atividades físicas, sugerindo que o sedentarismo interfere de maneira mais significativa sobre o IMC.

Neste cenário, o presente estudo avaliou também o tempo de tela dos pacientes, que inclui: televisão, celulares e tablets. Foi encontrado um número elevado de pacientes que passam mais de 2h em telas por dia (TABELA 1). Dados semelhantes foram encontrados por Melo e colaboradores<sup>14</sup>, onde o autor sugere com isso é que as atividades que não demandam gasto energético contribuem para obesidade assim como a taxa de metabolismo de repouso diminui em atividades como as de tela.

Outro item avaliado no perfil epidemiológico foi a renda familiar mensal e a escolaridade dos pais. Neste trabalho observou-se falha no preenchimento dos prontuários no quesito escolaridade dos pais. Assim, foi encontrada maior predominância de Ensino Médio (TABELA 2), tanto da mãe como do pai, com uma renda mensal familiar declarada de 1 até 2 salários mínimos (TABELA 2), o que é compatível com o ambulatório, pois se trata de um serviço público, onde a demanda é de famílias de baixo poder aquisitivo.

Os dados encontrados por Mariz e colaboradores<sup>29</sup>, corroboraram com este trabalho, onde analisando um serviço de referência do Sistema único de saúde (SUS), no tratamento de crianças com excesso de peso, no interior da Paraíba, apresentou concordância com este trabalho, onde 39,4% dos pacientes tinham renda familiar entre 1 a 2 salários mínimos, o que o autor justifica devido aos alimentos com maior qualidade nutricional, incluindo frutas e verduras, têm custo elevado para as famílias de baixa renda.

No entanto, outros estudos mostram que a porcentagem de indivíduos com obesidade aumenta à medida que aumenta a renda familiar e a escolaridade dos pais, inferindo que quanto maior o ensino, maior é a qualificação dos pais.<sup>8,22,25</sup> Campos e colaboradores<sup>31</sup> constatou maior prevalência de sobrepeso/obesidade nas classes sociais de maior poder aquisitivo,

possivelmente, pela maior disponibilidade de alimentos com maior densidade energética.

Neste estudo, foi verificada a história familiar de obesidade dos pacientes, encontrando um valor positivo de 72,1% de familiares com obesidade, sendo 47,7% pai, mãe e ou irmão (TABELA 3). Esta análise corrobora com o estudo de Mello e colaboradores<sup>10</sup>, que encontraram em 71% dos pacientes história familiar com obesidade, e 39,5% eram filhos de pais obesos. Neste cenário, Balaban e colaboradores<sup>11</sup> relatam a genética como fator de risco endógeno para obesidade.

No perfil clínico dos pacientes foi feita análise da pressão arterial na primeira consulta, porém são necessárias pelo menos 3 medições em ocasiões distintas para o diagnóstico de HAS. No presente estudo a maioria significativa dos pacientes apresentavam-se normotensos (TABELA 4), porém, encontramos valores de pressão arterial alteradas, ainda que em poucos pacientes, necessitando da análise em consultas subsequentes para confirmação diagnóstica.

Ao correlacionar o IMC com pressão arterial, percebemos que nos pacientes com sobrepeso encontramos percentis equivalentes a pré-hipertensão. Já nos obesos e obesidade grave, encontramos percentis de pré-hipertensão, e de hipertensão arterial (acima de p95), necessitando de avaliações em consultas subsequentes.

Ao fazermos a relação pressão arterial aferida na primeira consulta e com o IMC, encontramos dificuldades de encontrar literaturas que se aproximem desta amostra, para uma fidedigna comparação.

## 6. CONCLUSÃO

O intuito deste trabalho, o perfil epidemiológico do ambulatório de obesidade infantil concluído é de que a maioria dos pacientes são do sexo masculino, encaminhados a este ambulatório em uma faixa etária acima de 5 anos, e com altos valores de IMC, apresentando poucos pacientes com sobrepeso, que despedem grande parte do seu tempo em atividades sedentárias, como telas.

O perfil socioeconômico da população estudada é caracterizado pelo baixo poder aquisitivo, com uma renda familiar mensal de 1 até 2 salários mínimos por mês, onde os pais, em sua grande maioria possuem apenas o nível médio, e quase metade das mães amamentaram seus filhos até 6 meses.

A grande maioria dos pacientes apresentam pressão arterial dentro da normalidade, no entanto nas crianças com obesidade e obesidade graves, podemos observar valores alterados de pressão, ainda que em pouca quantidade de pacientes.

A dificuldade deste estudo se esbarrou em informações não preenchidas nos prontuários, algumas com relevância estatística. Assim como informações não bem especificadas, como o tempo de tela e sua quantificação em horas. Em relação as literaturas, houve dificuldade de encontrar em estudos que obtivessem amostras semelhantes ao do ambulatório estudado, onde todas as crianças da amostra possuem IMC alterado, para fazer a devida comparação.

Contudo, o estudo contribuiu para ampliar conhecimento acerca do perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com obesidade infantil, evidenciando os fatores de risco mais presentes nesta população. Diante do que foi discutido e dos números apresentados percebe-se a importância que os profissionais devem tomar na avaliação da criança com ganho de peso. Desde a puericultura e por todos os profissionais de saúde. Fazer um exame físico completo a cada consulta, incluindo aferição da pressão arterial regularmente, buscar se atualizar de melhores orientações que se adequem ao poder aquisitivo das famílias, para que possam sustentá-las, para assim evitar essa epidemia mundial que se instalou, que é a obesidade infantil.

## REFERÊNCIAS

1. Silva, Marina Bollin e. Sobrepeso e obesidade infantil na atenção primária à saúde: percepção dos médicos e enfermeiros da estratégia de saúde da família de Botucatu-SP. [Dissertação (mestrado)] Botucatu-SP: Universidade Estadual Paulista, 2019. Disponível em : [https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/182015/silva\\_mb\\_me\\_bot\\_p ar.pdf?sequence=7](https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/182015/silva_mb_me_bot_p ar.pdf?sequence=7)
2. Organização mundial da saúde. Organização pan-americana de saúde. Obesidade entre crianças e adolescentes aumentou dez vezes em quatro décadas, revela novo estudo do Imperial College London e da OMS. Folha informativa atualizada em **10 de outubro de 2017**. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5527:obesidade-entre-criancas-e-adolescentes-aumentou-dez-vezes-em-quatro-decadas-revela-novo-estudo-do-imperial-college-london-e-da-oms&Itemid=820](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5527:obesidade-entre-criancas-e-adolescentes-aumentou-dez-vezes-em-quatro-decadas-revela-novo-estudo-do-imperial-college-london-e-da-oms&Itemid=820)
3. Dias Patricia Camacho, Henriques Patrícia, Anjos Luiz Antonio dos, Burlandy Luciene. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2017 [cited 2019 July 05]; 33( 7 ): e00006016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n7/1678-4464-csp-33-07-e00006016.pdf>
4. Oliveira Cecília L. de, Fisberg Mauro. Obesidade na infância e adolescência: uma verdadeira epidemia. Arq Bras Endocrinol Metab [Internet]. 2003 Apr [cited 2019 July 05] ; 47( 2 ): 107-108. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-27302003000200001&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302003000200001&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302003000200001>
5. Oliveira, Konstantyner, Almeida. Programa nacional de educação continuada. MODULO DE RECICLEGEM SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA VOLUME 20 N1 2017 PÁGINA 48
6. Mancini. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica Diretrizes brasileiras de obesidade 2016 / ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. – 4.ed. - São Paulo, SP.

7. Pergher, Melo, Halpern, Mancini. O diagnóstico de síndrome metabólica é aplicável às crianças? Artigo de revisão J Pediatría (Rio J) 2010 <http://www.jped.com.br/conteudo/10-86-02-101/port.asp#topo>
8. Jesus Gilmar M. de, Vieira Graciete O., Vieira Tatiana O., Martins Camila da Cruz, Mendes Carlos Maurício Cardeal, Castelão Elizia S.. Fatores determinantes do sobrepeso em crianças menores de 4 anos de idade. J. Pediatr. (Rio J.) [Internet]. 2010 Aug [cited 2019 July 05]; 86( 4 ): 311-316. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572010000400011&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572010000400011&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572010000400011>.
9. Gomes Andressa Tavares, Novaes Taiane Gonçalves, Silveira Karine Chagas, Souza Cláudio Lima, Lamounier Joel Alves, Netto Michele Pereira et al. Excesso de peso e fatores associados em pré-escolares do sudoeste da Bahia. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [Internet]. 2017 June [cited 2019 July 05]; 17( 2 ): 365-373. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292017000200365&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292017000200365&lng=en).
10. Mello Anne Dal M., Marcon Sonia Silva, Hulsmeyer Ana Paula C. R., Cattai Glaucio Barnez P., Ayres Carla Simara L. S., Santana Rosangela Getirana. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças de seis a dez anos de escolas municipais de área urbana. Rev. paul. pediatr. [Internet]. 2010 Mar [cited 2019 July 06] ; 28( 1 ): 48-54. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-05822010000100009&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822010000100009&lng=en)
11. Balaban Geni, Silva Gisélia A.P. da. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes de uma escola da rede privada de Recife. J. Pediatr. (Rio J.) [Internet]. 2001 Apr [cited 2019 July 05] ; 77( 2 ): 96-100. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572001000200008&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572001000200008&lng=en).
12. Plano nacional da primeira infância: projeto observatório nacional da primeira infância mapeamento da ação finalística “criança com saúde”: Obesidade na Primeira Infância. Organização/coordenação: Secretaria Executiva da RNPI – Biênio 2013/14 – Instituto da Infância – IFAN. Ceará, 2014.

Available from: <http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2015/01/Obesidade-Infantil-v6.pdf>

13. Rocha, F. F. D., Campos, M. G., Cristino, M. A. B., & Rocha, R. L. Obesidade infantil: análise da divergência de três critérios diagnósticos e estudo das características associadas. Rev Med Minas Gerais 2006

14. Mello Elza D. de, Luft Vivian C., Meyer Flavia. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes?. J. Pediatr. (Rio J.) [Internet]. 2004 June [cited 2019 July 06] ; 80( 3 ): 173-182. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572004000400004&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000400004&lng=en). <http://dx.doi.org/10.2223/JPED.1180>.

15. Mello, Elza D. de; LUFT, Vivian C. and MEYER, Flavia. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes?. J. Pediatr. (Rio J.) [online]. 2004, vol.80, n.3 [cited 2020-03-24], pp.173-182. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572004000400004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000400004&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 0021-7557. <https://doi.org/10.2223/JPED.1180>.

16. Organização das Nações Unidas Brasil. OMS lança novas diretrizes de combate à obesidade infantil no mundo. Folha informativa de 06 de outubro de 2017. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/oms-lanca-novas-diretrizes-de-combate-a-obesidade-infantil-no-mundo/>

17. Wolf Vaneza Lira Waldow, Samur-San-Martin Juan Eduardo, Sousa Suzy Ferreira de, Santos Hemerson Dinis Oliveira, Folmann Augusto Gerhart, Ribeiro Roberto Régis et al. EFETIVIDADE DE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO PARA OBESIDADE COM BASE EM ORIENTAÇÕES PARA ESCOLARES ADOLESCENTES: REVISÃO SISTEMÁTICA. Rev. paul. pediatr. [Internet]. 2019 Jan [cited 2019 July 07] ; 37( 1 ): 110-120. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-05822019000100110](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822019000100110).

18. Onis Mercedes de. Prevenção do sobrepeso e da obesidade infantis. J. Pediatr. (Rio J.) [Internet]. 2015 Apr [cited 2019 July 07] ; 91( 2 ): 105-107. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572015000200105&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572015000200105&lng=en).

19. Contarato Aila Anne Pinto Farias, Rocha Erika Dantas de Medeiros, Czarnobay Sandra Ana, Mastroeni Silmara Salete de Barros Silva, Veugelers

Paul J., Mastroeni Marco Fabio. Efeito independente do tipo de aleitamento no risco de excesso de peso e obesidade em crianças entre 12-24 meses de idade. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2016 [cited 2019 July 07] ; 32( 12 ): e00119015. Available from:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2016001205006&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016001205006&lng=en). Epub Dec 22, 2016.

20. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018 / Organização José Egídio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. -- São Paulo : Editora Clannad, 2017.

21. Malachias MVB, Koch V, Colombo FC, Silva ACS, Guimarães ICB, Nogueira PK. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 10 - Hipertensão na Criança e no Adolescente. Arq. Bras. Cardiol. [Internet]. 2016 Set [citado 2019 Jul 08] ; 107( 3 Suppl 3 ): 53-63. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2016004800053&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2016004800053&lng=pt). <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20160160>

22. \_lampolsky Marcelo Nunes, Souza Fabíola Isabel S. de, Sarni Roseli Oselka S. Influência do índice de massa corporal e da circunferência abdominal na pressão arterial sistêmica de crianças. Rev. paul. pediatr. [Internet]. 2010 June [cited 2019 July 08] ; 28( 2 ): 181-187. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-05822010000200009&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822010000200009&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822010000200009>

23. Bueno Milena Baptista, Fisberg Regina Mara. Comparação de três critérios de classificação de sobrepeso e obesidade entre pré-escolares. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [Internet]. 2006 [cited 2019 July 07] ; 6( 4 ): 411-418. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292006000400008&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292006000400008&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292006000400008>

24. [Asheley Cockrell Skinner, Phd; Joseph A. Skelton. Prevalence and Trends in Obesity and severe Obesity Among Children in the United States, 1999-2012](#)

25. Antônio A. Barros filho. Um Quebra-cabeça chamado obesidade. *Jornal de Pediatría* 2004 Available from: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/jped/v80n1/v80n1a01.pdf>
26. [Von Kries R, Koletzko B, Sauerwald T, von Mutius E, Barnert D, Grunert V, et al. Breast feeding and obesity: cross sectional study. \*BMJ\*. 1999;319:147-5](#)
27. [Dewey KG, Heinig MJ, Nommsen LA, Peerson JM, Lonnerdal B. Growth of breast-fed and formula-fed infants from 0 to 18 months: the DARLING Study \*Pediatrics\*. 1992;89\(6\):1035-41.](#)
28. Farias CRL, Medeiros CCM, Souza DR, Costa IFAF, Simões MOS, Carvalho DF. Síndrome metabólica infanto-juvenil persistente e relação com o risco de doença cardiovascular. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(3):1013-21. DOI: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n3/pt\\_0034-7167-reben-71-03-1013.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n3/pt_0034-7167-reben-71-03-1013.pdf)
29. Mariz LS, Medeiros CCM, Vieira CENK, Enders BC, Coura AS. Modificação na frequência alimentar de crianças e adolescentes: acompanhamento em serviço de referência. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2013;21(4):973-81. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000400020>
30. Drachler Maria de Lourdes, Macluf Simone Pont Zambonato, Leite José Carlos de Carvalho, Aerts Denise Rangel Ganzo de Castro, Giugliani Elsa Regina Justo, Horta Bernardo Lessa. Fatores de risco para sobrepeso em crianças no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2003 Aug [cited 2019 Oct 27] ; 19( 4 ): 1073-1081. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2003000400029&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000400029&lng=en).
31. Campos Lício de Albuquerque, Leite Álvaro Jorge Madeiro, Almeida Paulo César de. Nível socioeconômico e sua influência sobre a prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares adolescentes do município de Fortaleza. *Rev. Nutr.* [Internet]. 2006 Oct [cited 2019 Oct 27] ; 19( 5 ): 531-538. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732006000500001&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732006000500001&lng=en).
32. Araújo ELS, Guedes MVC, Almeida PC. Sobrepeso e obesidade em adolescentes de escolas públicas 2013.
33. Silva Giselia Alves Pontes da, Balaban Geni, Motta Maria Eugênia F. de A. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes de

diferentes condições socioeconômicas. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [Internet]. 2005 Mar [cited 2019 Oct 27] ; 5( 1 ): 53-59. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000100007&lng=en)

[38292005000100007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000100007&lng=en)

34. Modrek S., Basu S., Harding M., White S. J, Bartick M.C., Rodriguez E., and Rosenberg K. D. Does breastfeeding duration decrease child obesity? An instrumental variables analysis. Original research 2016.

35. Ferreira AP, Oliveira CER, Franca NM. Metabolic syndrome and risk factors for cardiovascular disease in obese children: the relationship with insulin resistance (HOMA-IR). *J Pediatr.* 2007;83(1):21-26

**APÊNDICE A – FICHA DE INFORMAÇÃO DO PACIENTE – AMBULATÓRIO DE OBESIDADE INFANTIL DO CEMEC (CESUPA)**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

a) Identificação:

b) idade: \_\_\_\_\_ sexo: \_\_\_\_\_

- Medicamentos em uso:

P.A.: \_\_\_\_\_ C.A.: \_\_\_\_\_

\* Investigação socioeconômica: ( ) renda familiar – salário mínimo

Escolaridade dos pais:

Antecedentes alimentares: AME:

- Antecedentes pessoais/ familiares: Obesidade;
- Hábitos de vida/ mudança:
- Exame físico:

## APÊNDICE B – ACEITE DA INSTUIÇÃO

### ACEITE DA INSTITUIÇÃO

#### DECLARAÇÃO:

Declaro em nome do Centro de Especialidades Médicas do CESUPA ter conhecimento do projeto de Pesquisa intitulado "IDENTIFICAÇÃO DO PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO E DO SEGUIMENTO DE PACIENTES EM ACOMPANHAMENTO NO AMBULATÓRIO DE OBESIDADE INFANTIL DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR DO PARÁ", de autoria dos alunos Cristiane Tércis Cunha da Silva, Jéssica Janaina de Medeiros Bissi Teixeira e Thalita Martins Mergulhão do Centro Universitário do Pará, sob orientação da Prof. Silvana Cristina Rodrigues da Silva e co-orientação da Profa. Mônica Moura Rocha, dando-lhes consentimento para realizar o trabalho nesta Entidade, e coletar dados em nosso serviço durante o período preestabelecido pelo cronograma.

Estamos também cientes e concordamos com a publicação dos resultados encontrados, sendo obrigatoriamente citada na publicação da CEMEC como local de realização do trabalho.



Dr. Erica G. N. Caldeira  
REUMATOLOGIA-PEDIÁTRICA  
1998

Belém, 25 de Fevereiro de 2019.

## ANEXO A

TABELA 3 Classificação do estado nutricional, segundo a OMS

Valores críticos		Crianças de 0 a 5 anos incompletos				Crianças de 5 a 10 anos incompletos		
		Peso para idade	Peso para estatura	IMC para idade	Estatura para idade	Peso para idade	IMC para idade	Estatura para idade
< Percentil 0,1	< escore Z -3	Muito baixo peso para idade	Magreza acentuada	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para idade	Muito baixo peso para idade	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para idade
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ escore Z -3 e < escore Z -2	Baixo peso para idade	Magreza	Magreza	Baixa estatura para idade	Baixo peso para idade	Magreza	Baixa estatura para idade
≥ Percentil 3 e < Percentil 15	≥ escore Z -2 e < escore Z -1	Peso adequado para idade	Eutrofia	Eutrofia	Estatura adequada para idade	Peso adequado para idade	Eutrofia	Estatura adequada para idade
≥ Percentil 15 e < Percentil 85	≥ escore Z -1 e ≤ escore Z +1							
> Percentil 85 e < Percentil 97	> escore Z +1 e < escore Z +2	Peso elevado para idade	Sobrepeso	Sobrepeso		Peso elevado para idade	Obesidade	
> Percentil 97 e ≤ Percentil 99,9	> escore Z +2 e ≤ escore Z +3		Obesidade	Obesidade			Obesidade grave	
> Percentil 99,9	> escore Z +3							

Fonte: Ministério da saúde. Sistema de vigilância alimentar e nutricional SISVAN

TABELA 4 Classificação do estado nutricional, segundo a OMS

Valores críticos		Índices antropométricos para adolescentes	
		IMC para idade	Estatura para idade
< percentil 0,1	< escore Z -3	Magreza acentuada <sup>1</sup>	Muito baixa estatura para idade
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ escore Z -3 e < escore Z -2	Magreza	Baixa estatura para idade
≥ Percentil 3 e < Percentil 15	≥ escore Z -2 e < escore Z -1	Eutrofia	Estatura adequada para idade
≥ Percentil 15 e ≤ Percentil 85	≥ escore Z -1 e ≤ escore +1		
> Percentil 85 e ≤ Percentil 97	> escore Z +1 e ≤ escore Z +2	Sobrepeso	
> Percentil 97 e ≤ Percentil 99	> escore Z +2 e ≤ escore Z +3	Obesidade	
> Percentil 99	> escore Z +3	Obesidade grave	

Fonte: Ministério da saúde. Sistema de vigilância alimentar e nutricional SISVAN

TABELA 5 Distribuição em percentis da circunferência abdominal segundo gênero e idade

IDADE (ANOS)	BRANCOS						NEGROS					
	MENINOS			MENINAS			MENINOS			MENINAS		
	PERCENTIL			PERCENTIL			PERCENTIL			PERCENTIL		
	N	50	90	N	50	90	N	50	90	N	50	90
5	28	52	59	34	51	57	36	52	56	34	52	56
6	44	54	61	60	53	60	42	54	60	52	53	59
7	54	55	61	55	54	64	53	56	61	52	56	67
8	95	59	75	75	58	73	54	58	67	54	58	65
9	53	62	77	84	60	73	53	60	74	56	61	78
10	72	64	88	67	63	75	53	64	79	49	62	79
11	97	68	90	95	66	83	58	64	79	67	67	87
12	102	70	89	89	67	83	60	68	87	73	67	84
13	82	77	95	78	69	94	49	68	87	64	67	81
14	88	73	99	54	69	96	62	72	85	51	68	92
15	58	73	99	58	69	88	44	72	81	54	72	85
16	41	77	97	58	68	93	41	75	91	34	75	90
17	22	79	90	42	66	86	31	78	101	35	71	105

Fonte: Manual avaliação nutricional. Departamento científico de nutrologia. SBP





**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Identificar o Perfil Clínico e Epidemiológico e do Seguimento de Pacientes em Acompanhamento no Ambulatório de Obesidade Infantil de uma Instituição de Ensino Superior do Pará

**Pesquisador:** SILVANA CRISTINA RODRIGUES DA SILVA

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 09435619.7.0000.5169

**Instituição Proponente:** Associação Cultural Educacional do Para

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.383.480

**Apresentação do Projeto:**

Objetiva-se identificar o perfil clínico e epidemiológico e o seguimento do paciente em acompanhamento no ambulatório de obesidade infantil de uma instituição de ensino superior do Pará. Estudo descritivo, transversal, com base nas informações obtidas no prontuário dos pacientes em seguimento no ambulatório de obesidade infantil do CEMEC (Centro Médico de Especialidades Clínicas) –CESUPA. O estudo pauta-se na Resolução nº 466/12-CNS. A estruturação dos dados obtidos pela coleta dos dados será realizada utilizando o software Excel 7.0 (Microsoft). As variáveis categóricas serão comparadas pelo teste do qui-quadrado ou exato de Fisher; as variáveis contínuas serão analisadas por meio dos testes t de Student. As diferenças entre os grupos de análise foram consideradas estatisticamente significativas quando o valor "P" é menor que 0,05. A análise estatística será realizada com o emprego do programa SPSS Statistics 22. Sabendo-se do fato de que a obesidade é uma doença crônica, multifatorial e complexa, pretende-se identificar o perfil quanto aos aspectos supracitados dentro do cenário do ambulatório de Obesidade infantil do CEMEC-CESUPA, no período estabelecido, confrontando os dados encontrados com literatura recente sobre o tema proposto.

**Endereço:** Av. Governador José Malcher, 1963

**Bairro:** São Brás

**CEP:** 66.060-232

**UF:** PA

**Município:** BELEM

**Telefone:** (91)4009-9100

**E-mail:** cep@cesupa.br



Continuação do Parecer: 3.383.480

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário: Identificar o perfil clínico e epidemiológico e o seguimento do paciente em acompanhamento no ambulatório de obesidade infantil de uma instituição de ensino superior do Pará

Objetivo Secundário:

- Identificar o perfil epidemiológico dos pacientes admitidos no ambulatório de obesidade infantil de uma instituição de ensino superior do Pará;
- Identificar se a alimentação no primeiro ano de vida apresenta-se como fator predisponente à obesidade, enfocando o desmame precoce;
- Identificar comorbidades nos pacientes em seguimento no ambulatório de obesidade infantil de uma instituição de ensino superior do Pará.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: Os usuários do serviço podem supor que a pesquisa irá promover algum benefício assistencial; a não participação pode causar no usuário ou seu representante legal a falsa impressão de que não terão assistência adequada no serviço ambulatorial.

Benefícios: Como benefícios, a pesquisa levará, à comunidade médica, o conhecimento sobre o assunto, identificando o perfil clínico e epidemiológico e o seguimento do paciente em acompanhamento no ambulatório de obesidade infantil de uma instituição de ensino superior do Pará, garantindo a divulgação de dados científicos desta natureza e incentivando a pesquisa em obesidade infantil e sobretudo sensibilizando o universo acadêmico quanto a importância do olhar para o tema em questão. Ao grupo de pacientes estudados, a pesquisa pode revelar o perfil clínico e epidemiológico e as modificações ou manutenções das condições sanitárias dos pacientes em acompanhamento neste ambulatório, avaliando os diversos aspectos sociais, educacionais ou de saúde responsáveis pela situação clínica desse grupo e fomentar nas pesquisadoras que ações podem ser trabalhadas neste grupo, no sentido de fornecer melhores resultados.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos (documentos obrigatórios) estão apresentados em conformidade com o CEP

**Recomendações:**

Retificar o título do documento "obesidadeoficial" que ainda apresentam diferença quanto aos documentos oficiais.

**Endereço:** Av. Governador José Malcher, 1963

**Bairro:** São Brás

**CEP:** 66.060-232

**UF:** PA

**Município:** BELEM

**Telefone:** (91)4009-9100

**E-mail:** cep@cesupa.br



Continuação do Parecer: 3.383.480

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Ver parecer consubstanciado na pasta "Pareceres"

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1282071.pdf	07/05/2019 21:06:11		Aceito
Orçamento	orcamento.docx	07/05/2019 21:05:39	SILVANA CRISTINA RODRIGUES DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	07/05/2019 21:03:55	SILVANA CRISTINA RODRIGUES DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	aceite.pdf	07/05/2019 21:00:17	SILVANA CRISTINA RODRIGUES DA SILVA	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	07/05/2019 20:51:41	SILVANA CRISTINA RODRIGUES DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cemec.pdf	11/03/2019 22:12:35	SILVANA CRISTINA RODRIGUES DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	obesidadeoficial.pdf	10/01/2019 07:47:50	SILVANA CRISTINA RODRIGUES DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	10/01/2019 07:47:17	SILVANA CRISTINA RODRIGUES DA SILVA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Av. Governador José Malcher, 1963

**Bairro:** São Brás

**CEP:** 66.060-232

**UF:** PA

**Município:** BELEM

**Telefone:** (91)4009-9100

**E-mail:** cep@cesupa.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO  
PARÁ - CESUPA



Continuação do Parecer: 3.383.480

BELEM, 11 de Junho de 2019

---

**Assinado por:**  
**PATRICK ABDALA FONSECA GOMES**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av. Governador José Malcher, 1963

**Bairro:** São Brás

**CEP:** 66.060-232

**UF:** PA

**Município:** BELEM

**Telefone:** (91)4009-9100

**E-mail:** cep@cesupa.br