

**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**Facilidades e Dificuldades à Adesão de Adolescentes
Obesos com Deficiência Intelectual e suas Famílias,
para cumprir Programa de Orientação e Prevenção de
Complicações da Obesidade.**

Cláudia Regina Lieto de Queiroz

**Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em
Saúde Pública, para obtenção do título de Mestre em
Saúde Pública.**

Área de Concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade

Orientador: Prof. Dr. Paulo Rogério Gallo

SAO PAULO

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

2009

**Facilidades e Dificuldades à Adesão de Adolescentes
Obesos com Deficiência Intelectual e Famílias, para
cumprir Programa de Orientação e Prevenção de
complicações da Obesidade.**

Cláudia Regina Lieto de Queiroz

**Dissertação apresentada ao programa de Pós - Graduação em
Saúde Pública, para obtenção do título de Mestre em Saúde
Pública.**

Área de Concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade

Orientador: Prof. Dr. Paulo Rogério Gallo

**São Paulo
2009**

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente á Deus por ter me proporcionado a chance de iniciar este trabalho e a força para concluí-lo apesar de tantas barreiras.

Ao meu orientador Prof. Dr. Paulo Rogério Gallo pela colaboração na realização deste estudo.

Aos Profs. Cláudio Leone e Maria Ignez Saito pelos comentários realizados na minha qualificação e pré-banca que colaboraram para meu crescimento e qualidade desta dissertação.

Aos funcionários e meus colegas do departamento saúde materno-infantil Iara e Leandro pela ajuda e carinho.

A Sociedade Pestalozzi de São Paulo por perceber a importância da realização desta pesquisa.

A minha amiga Caroline que me deu força o tempo inteiro e não me deixou desistir. Pela escuta e palavras encorajadoras, “te adoro”.

Ao meu marido Pedro Augusto e meu filho “Dudu” pela minha ausência em vários momentos no decorrer deste ano, “Amo vocês”.

As minhas amigas e vizinhas, em especial Sônia e Fátima, pela grande ajuda e torcida sempre, “muito obrigada”.

E a todos outros meus familiares e amigos que também colaboraram e me incentivaram na realização e conquista deste título.

*Dedico este trabalho ao meu
tão sonhado, esperado e
amado filho, “Eduardo Augusto”
... meu presente de Deus.*

RESUMO

QUEIROZ CRL. **Facilidades e Dificuldades à adesão de adolescentes obesos com deficiência intelectual e suas famílias, para cumprir programa de orientação e prevenção das complicações da obesidade (POPO)** [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP: 2009.

Introdução - A obesidade é uma doença crônica de origem multifatorial, considerada como um dos principais problemas de saúde pública nos países desenvolvidos, que constitui fator de risco para outras doenças graves. Sua prevalência vem aumentando mundialmente e em especial, em crianças e adolescentes. Acredita-se que as principais causas estão ligadas tanto a fatores genéticos como ambientais. **Objetivo** - Identificar por meio do relato de pais e de equipe interdisciplinar as facilidades e as dificuldades à adesão de adolescentes obesos com deficiência intelectual e de suas famílias para cumprir programa de orientação e prevenção das complicações da obesidade. **Métodos** - Trata-se de estudo de coorte histórica, descritiva e quali-quantitativa com um número de 47 adolescentes obesos com deficiência intelectual, seus responsáveis e equipe interdisciplinar, que no período de 2006 a 2008, participaram de um programa de orientação e prevenção de complicações da obesidade (POPO), oferecido pela Sociedade Pestalozzi de São Paulo. Os dados foram coletados dos prontuários, das fichas de acompanhamento do programa, dos questionários de estudo sócio-econômico e por meio de entrevistas utilizando um roteiro de questões específicas dirigidas às famílias e profissionais envolvidos no processo. **Resultados** - A caracterização dos adolescentes envolvidos no estudo mostrou uma prevalência da Síndrome de Down representada em 19 (40,4%) deles. Observou-se também, concentração de maior grau de obesidade com aumento da idade sendo, 63,2% estão na faixa etária de 17 a 20 anos e foram conceituados ao Grupo 3 (IMC>35). As famílias estudadas foram caracterizadas em sua grande maioria moradoras da Zona Norte – SP, condições sócio-econômicas precárias com renda familiar de 1 a 2 salários mínimos e grau de escolaridade da mãe apresentando na sua grande maioria o ensino fundamental incompleto. Os profissionais que compõem a equipe interdisciplinar são na maioria absoluta do sexo feminino, atuam as áreas da medicina, psicologia e fisioterapia e apresentam experiência na área da deficiência intelectual que varia de um a 21 anos. Os resultados foram apresentados e descritos segundo dois eixos norteadores:

Conclusão - A falta de locais especializados para prática de atividades físicas, preço elevado dos alimentos sugeridos, não colaboração dos demais familiares, falta de autonomia e independência dos deficientes intelectuais e pouca frequência às reuniões de orientações realizadas pela equipe, foram apontados como sendo os principais fatores que dificultam uma maior adesão ao programa. E quanto aos aspectos facilitadores destacou-se a comodidade do programa ser na própria instituição, a persistência da equipe e preocupação com a saúde dos filhos.

Palavras-chaves: Obesidade/ Deficiência Intelectual/ Adolescência/ Intervenção.

ABSTRACT

QUEIROZ CRL. **Facilidades e Dificuldades à adesão de adolescentes obesos com deficiência intelectual e suas famílias, para cumprir programa de orientação e prevenção das complicações da obesidade (POPO).** / Facilities and the Difficulties that obese adolescents with intellectual disabilities and their families have in accessing the ****Obesity Education and Prevention Program (POPO [dissertation]*. São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2009.

Introduction - There are many factors that contribute to the chronic disease of obesity. It is regarded as a major public health problem in developed countries. It is also a risk factor for other serious diseases. It's prevalence is increasing worldwide and especially in children and adolescents. It is believed that the main causes are linked to genetic and environmental factors. **Objective** - To identify through the report of parents and interdisciplinary teams, the facilities and the difficulties that obese adolescents with intellectual disabilities and their families have in accessing the ****Obesity Education and Prevention Program (POPO)*. **Métodos** - It refers to a historical cohort study, that was descriptive, qualitative and quantitative. It included 47 obese adolescents with intellectual disabilities, their caregivers and the multidisciplinary team that from 2006 to 2008, participated in an ****Obesity Education and Prevention Program (POPO)*, offered by the Pestalozzi Society of Sao Paulo. Data was collected from medical records, the monitoring reports of the program, questionnaires from a socio-economic study and through interviews using a script of questions targeted at families and professionals involved in the process. **Results** - The results were presented and described according to five guiding principles: The characterization of adolescents involved in the study showed a prevalence of Down syndrome represented in 19 (40.4%) of them. The results was also indicated a greater degree of obesity with increasing age and 63.2% are between the ages of 17 and 20 years, which was represented in the Group 3 (BMI > 35). The families studied were characterized mostly living in the North Zone - SP, the socio-economic situations indicated family income between 1 to 2 minimum wages, the majority of the mothers had elementary school education and the majority of the professionals who comprise the interdisciplinary team are female. They include medical professionals, psychologists and physical therapists who have between 1-21 years of experience in the area of intellectual disabilities. **Conclusion** - It was determined that the main factors that render lower adherence to the program are: the lack of places to practice physical activities, the high price of food, the lack of cooperation from other family members, lack of autonomy and independence of the intellectually disabled and the infrequently meetings for feedback from the team. However, it was indicated as a facilitie, that the program was conveniently located within the institution and the team was persistent and concerned about the health of the children.

Keywords: Obesity / Intellectual Disabilities / Adolescents / Intervention.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. OBJETIVOS.....	16
2.1. Geral.....	16
2.2. Específicos.....	16
3. REVISÃO LITERÁRIA.....	17
3.1. Adolescência.....	17
3.2. Obesidade.....	18
3.2.1 Etiologia.....	18
3.2.2 Fatores Determinantes.....	20
3.2.2a Hábitos Alimentares.....	20
3.2.2b Sedentarismo, Atividade Física.....	21
3.2.3.Diagnóstico de Obesidade e Índice de Massa Corporal (IMC).....	22
3.3. Deficiência Intelectual, Obesidade e Expectativa de Vida.....	23
4. MÉTODO.....	25
4.1. Local de Estudo.....	25
4.2. Tipificação do Estudo.....	25
4.3. População do Estudo.....	25
4.3.1. Critérios de Inclusão.....	26
4.3.2. Critérios de Exclusão.....	26
4.4. Procedimentos.....	27
4.5. Desenvolvimento da Pesquisa.....	27
4.5.1 Caracterização da População e Coleta de dados.....	27
4.5.2 Análise dos Dados.....	28
5. RESULTADOS	30
5.1 Características da População Estudada.....	30
6. DISCUSSÃO	51
7. CONCLUSÃO.....	64
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67
10. ANEXOS.....	73

Lista de Tabelas

TABELA 1. Distribuição dos adolescentes obesos com deficiência intelectual, atendidos no POPO* no período de 2006 a 2008, segundo o sexo e idade.....	31
TABELA 2. Distribuição dos adolescentes obesos com deficiência intelectual, inseridos no programa POPO* no período de 2006 a 2008, segundo diagnóstico.....	32
TABELA 3. Distribuição dos adolescentes com deficiência intelectual atendidos no POPO*, no período de 2006 a 2008, segundo sexo e grupos, com grau de obesidade, da Sociedade Pestalozzi de São Paulo (SPSP).....	33
TABELA 4. Distribuição do número de adolescentes com deficiência intelectual, atendidos no POPO* no período de 2006 a 2008, segundo idade e IMC.....	34
TABELA 5. Distribuição dos adolescentes obesos com deficiência intelectual, segundo anos de participação no POPO*	35
TABELA 6. Distribuição dos adolescentes obesos com deficiência intelectual, atendidos no POPO* no período de 2006 a 2008, segundo meio de transporte utilizado para a instituição.....	35
TABELA 7. Distribuição dos adolescentes obesos com deficiência intelectual, atendidos no POPO* no período de 2006 a 2008, segundo grau de independência na locomoção para a instituição.....	36
TABELA 8. Distribuição dos adolescentes obesos com deficiência intelectual, atendidos no POPO* no período de 2006 a 2008, segundo acompanhante na locomoção para instituição.....	36
TABELA 9. Distribuição dos adolescentes obesos com deficiência intelectual, atendidos no POPO* no período de 2006 a 2008, segundo inserção no mercado de trabalho.....	37
TABELA 10. Distribuição dos adolescentes obesos com deficiência intelectual, atendidos no POPO* no período de 2006 á 2008, segundo o grau de independência na locomoção para o trabalho.....	37
TABELA 11. Distribuição dos adolescentes obesos com deficiência intelectual, atendidos no POPO* no período de 2006 a 2008, segundo acompanhante na locomoção para o trabalho.....	37

TABELA 12. Distribuição do número de entrevistados segundo, o grau de parentesco com os adolescentes obesos com deficiência intelectual atendidos no POPO* no período de 2006 á 2008.....	38
TABELA 13. Distribuição dos adolescentes obesos inseridos no POPO*, segundo região de moradia.....	39
TABELA 14. Distribuição dos adolescentes obesos inseridos no POPO*, segundo renda familiar	40
TABELA 15. Distribuição das mães dos adolescentes obesos inseridos no POPO*, segundo grau de instrução.....	41
TABELA 16 Distribuição dos profissionais, segundo anos de participação no POPO.....	42
TABELA 17. Distribuição dos profissionais envolvidos no POPO* no período de 2006 a 2008, segundo conhecimento de locais que prestam assistência ao deficiente intelectual obeso.....	42
TABELA 18. Distribuição dos profissionais envolvidos no POPO*, segundo atuação em locais que prestam assistência ao deficiente intelectual obeso.....	43
TABELA 19. Distribuição do número e percentual de adolescentes obesos com deficiência intelectual, atendidos no POPO*, segundo realização de atividades físicas fora da instituição.....	45
TABELA 20. Distribuição do número e percentual de adolescentes obesos com deficiência intelectual, atendidos no POPO*, segundo a realização de caminhadas regularmente.....	46
TABELA 21. Distribuição dos adolescentes obesos com deficiência intelectual, atendidos no POPO*,segundo modificação no hábito alimentar.....	47
TABELA 22. Distribuição dos profissionais envolvidos no POPO*, segundo opinião sobre o envolvimento da família no programa.....	50

Lista de Quadros

QUADRO 1. Caracterização da equipe interdisciplinar envolvida no POPO* no período de 2006 á 2008.....	40
QUADRO 2. Informações prestadas às famílias dos adolescentes obesos com deficiência intelectual, quando convidadas à participarem do programa POPO*.	45
QUADRO 3. Fatores facilitadores à adesão de adolescentes obesos com deficiência intelectual e suas famílias ao programa POPO*.....	46
QUADRO 4. Dificuldades na realização de atividades físicas fora da instituição.....	47
QUADRO 5. Dificuldades relatadas pelas famílias, na realização de caminhada regularmente.....	48
QUADRO 6. Fatores que dificultam a modificação dos hábitos alimentares.....	49
QUADRO 7. Fatores facilitadores para uma maior adesão ao programa POPO*, segundo opinião dos familiares.....	50
QUADRO 8. Escore de adesão familiar ao programa POPO*(de 0 a 8 pontos).....	51
QUADRO 9 - Fatores facilitadores e dificultadores para uma maior adesão ao programa POPO, segundo opinião da equipe interdisciplinar.....	52
QUADRO 10 – Avaliação do programa POPO*, segundo opinião da equipe interdisciplinar.....	54

Siglas Utilizadas

AAMR = Associação Americana do Retardo Mental

ABVD's = Atividades básicas da vida diária

BPC = Benefício de Prestação Continuada

Cadia = Centro de apoio ao deficiente adulto

C. D. T. = Centro de Diagnóstico e Tratamento

DI = Deficiência Intelectual

ECA = Estatuto da Criança e do Adolescente

E. E. E. = Escola de Educação Especial

FSPUSP = Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

IBGE = Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC = Índice de Massa Corpórea

LOAS = Lei Orgânica de Assistência Social

OMS = Organização Mundial de Saúde

ONU = Organização das Nações Unidas

POF = Pesquisa de Orçamentos Familiares

POPO = Programa de Orientação e Prevenção de complicações da Obesidade

PNIPPD = Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência

PNSPPD = Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência

RCQ = Relação Cintura-Quadril

Sd = Síndrome

SD = Síndrome de Down

SPSP = Sociedade Pestalozzi de São Paulo

SUS = Sistema Único de Saúde

TGD = Transtorno Global do Desenvolvimento

TID = Transtorno Invasivo do Desenvolvimento

UEP = Unidade de Educação Profissional

1. INTRODUÇÃO

Obesidade é uma doença crônica de origem multifatorial caracterizada pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo decorrente do desequilíbrio entre a ingestão e o gasto energético, constituindo fator de risco para outras doenças graves como, diabetes, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, respiratórias, cânceres e distúrbios reprodutivos femininos (ADES e KERBAUY, 2002). Considerada como um dos principais problemas de saúde pública nos países desenvolvidos, sua prevalência vem aumentando significativamente também naqueles em desenvolvimento, coexistindo com a desnutrição (MAMS et al., 2000).

Segundo DAMASO (2003), o número de crianças e adolescentes obesos vem aumentando por conta do estilo de vida moderno, desta forma deve-se tratar e prevenir a obesidade e suas complicações precocemente para amenizar problemas futuros.

MELLO et al, (2004) reforça a tese de que a obesidade vem aumentando de forma significativa e que determina várias complicações na infância, adolescência e na idade adulta, ressaltando o difícil manejo na fase adulta, por estar relacionada à mudanças de hábitos e na fase da infância e adolescência pela necessidade do apoio dos pais ou responsáveis à estas mudanças, além da falta de entendimento da criança quanto aos danos que a obesidade pode causar à saúde.

A incidência de adolescentes brasileiros obesos vem aumentando nos últimos anos, principalmente nos grandes centros urbanos, independente da classe social a qual pertencem (FERRIANI, 2005).

O período da adolescência é marcado por diversas modificações tanto nos aspectos biológicos, metabólicos, hormonais e psíquicos como também nos aspectos ambientais, envolvendo mudanças no estilo de vida dos indivíduos (OLIVEIRA, 2003).

A prevenção e o tratamento da obesidade na infância e na adolescência têm se tornado uma preocupação mundial, pois estudos revelam que nessas fases, indivíduos que apresentam sobrepeso ou obesidade têm maior probabilidade de tornarem-se adultos obesos, além de aumentar as chances de desenvolverem co-morbidades (DAMASO, 2003; BALABAN e SILVA, 2004; ROMERO A. et al., 2007).

A obesidade é cada vez mais freqüente em nosso cotidiano, sendo um dos principais fatores limitantes para a qualidade de vida de um indivíduo. Conforme a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF, 2003), cerca de 40% da população adulta do Brasil apresenta excesso de peso (IBGE, 2005); o que, de acordo com a Associação

Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica, corresponde a um índice de massa corpórea (IMC) igual ou superior a 25 (ABESO, 2009).

Pessoas com deficiência intelectual apresentam uma maior tendência em desenvolver obesidade comparada a indivíduos sem deficiência (FOX e ROTATORI, 1982; OLIVEIRA, 2004).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), no Brasil 10% da população tem algum tipo de deficiência (14,6 milhões de pessoas), sendo que 5,8 milhões são deficientes mentais. Esses números são suficientemente grandes para alertar a comunidade científica, no tocante ao incentivo às pesquisas que enfatizem a elaboração de treinamentos eficientes, que melhorem as qualidades físicas necessárias para tornar menos sacrificante a vida dessas pessoas e seus familiares.

A Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (PNIPPD, 1999) preconiza eliminar todas as barreiras físicas, programáticas e de atitudes para proporcionar acesso a lugares, serviços e bens necessários ao seu desenvolvimento pessoal, social, educacional e profissional.

As leis de diretrizes de assistência às pessoas portadoras de deficiência, determina que, o deficiente, além da necessidade de atenção à saúde específica da sua própria condição, é um cidadão que pode ser acometido de doenças e agravos comuns aos demais, como a obesidade. Esses indivíduos necessitam, portanto, de outros tipos de serviços além daqueles estritamente ligados a sua deficiência. Nesse sentido, a assistência à saúde do portador de deficiência não poderá ocorrer somente nas instituições específicas de reabilitação, devendo ser assegurado a ele o atendimento na rede de serviços, nos diversos níveis de complexidade e especialidades médicas (PNSPPD, 2002). Essa garantia deverá resultar no provimento de condições e situações capazes de conferir qualidade de vida a esse segmento populacional. Para tanto, além da prevenção de riscos geradores de doenças e morte, constituirá foco dessa diretriz a implementação de ações capazes de evitar situações e obstáculos à vida, com qualidade, das pessoas portadoras de deficiência (PNSPPD, 2002).

Segundo FISBERG (1997), o objetivo principal do atendimento primário ao obeso, não é a perda do peso imediata do paciente, e sim a reeducação para a vida, em uma programação multidisciplinar visando à modificação de comportamento, da criança e da família, para obtenção de resultados em longo prazo e a sua manutenção. O tratamento da obesidade deve incluir modificações na postura da família, da criança e do adolescente, quanto aos hábitos alimentares, tipo de vida, atividade física e correção

alimentar de longa duração, considerando a potencialidade da criança, sua idade, a participação da família e de uma equipe multidisciplinar integrada, modificando todo seu comportamento favorecedor.

Deste mesmo modo, para indivíduos obesos que apresentam deficiência intelectual, alguns autores propõem que o tratamento também seja acompanhado por equipe multiprofissional em programas específicos com a participação direta de familiares e/ou cuidadores (ROSADAS, 1986; FERNHALL, 1993; OLIVEIRA, 2004; VIEIRA et al, 2004).

Neste cenário, percebeu-se a necessidade da clientela atendida na Sociedade Pestalozzi de São Paulo e de suas famílias receberem orientações e assistência de ordem clínica, psicológica, física e nutricional, prevenindo complicações da obesidade, uma vez que, associada a esta, apresentam também a deficiência, que agrava os riscos para esta condição. Com este objetivo foi criado em 2005 o Programa de Orientação e Prevenção de Complicações da Obesidade (POPO).

Durante o desenvolvimento do programa, verificou-se que as famílias e adolescentes com deficiência intelectual têm dificuldades específicas que podem influenciar na adesão e participação em programas de intervenção, o que também foi verificado por outros autores em programas desenvolvidos em outras instituições e naqueles oferecidos pelo Sistema único de Saúde - SUS (FERRIANI et al., 2005; UNIFESP, 2009; VIEIRA et al, 2004; NIAFS, 2009). Com a identificação destes fatores, acredita-se que a atenção voltada a esta população específica poderá ser mais efetiva, ajustando e adequando as ações ou criando novos programas que promovam melhor saúde, favoreçam maior inclusão social, e principalmente propiciem, melhor qualidade de vida.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

Identificar facilidades e dificuldades na adesão de adolescentes obesos com deficiência intelectual e suas famílias, para cumprir programa de orientação e prevenção das complicações da obesidade.

2.2. Específicos

Os objetivos específicos são:

1. Identificar fatores que facilitam e dificultam a participação de adolescentes obesos com deficiência intelectual e suas famílias, em programa de orientação e prevenção de complicações da obesidade, segundo os familiares;
2. Identificar fatores que facilitam e dificultam a participação de adolescentes obesos com deficiência intelectual e suas famílias, em programa de orientação e prevenção de complicações da obesidade, segundo os profissionais.

EVISÃO DA LITERATURA

3.1. ADOLESCÊNCIA

A adolescência é uma etapa da vida do ser humano, fundamental para a construção do sujeito, resultante de tudo que a precedeu na fase da infância e determinante do que há de vir com a fase adulta (SAITO,2001).

Segundo a OMS, deve-se considerar adolescente o indivíduo entre 10 e 20 anos. Já o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) considera a adolescência o período entre 12 e 18 anos de idade.

Adolescência significa condição ou processo do crescimento corporal. É a fase compreendida entre a infância e o desenvolvimento completo do corpo (ALBERASTURY A. e KNOBEL M., 1981). BEE H. (1996), refere a adolescência como uma época de transição, na qual ocorrem mudanças significativas em quase todos os aspectos da vida do indivíduo.

Nesta fase ocorre uma enorme quantidade de alterações físicas, sociais e intelectuais, fazendo com que o adolescente fique em estado permanente de transformação, considerando-se que antigos padrões e esquemas bio-psico-sociais não funcionam mais e que as novas estratégias de vida ainda não estão adequadamente estabelecidas (BEE H., 1996). Esta transformação rápida da composição corporal e a alteração hormonal trazem modificações como uma progressiva deposição de tecido adiposo (gordura) ao redor dos quadris e surgimento do broto mamário nas meninas, enquanto que nos meninos observa-se aumento de volume dos testículos (BARBOSA et al., 2006).

Essas mudanças numa criança sem deficiência mental iniciam em média aos 11 anos, podendo variar entre 8 e 13 anos para as meninas e para os meninos entre 9 e 13 anos (BARBOSA et al., 2006).

Considerando estes fatores, torna-se relevante à atenção integral específica à saúde do adolescente diante da singularidade deste momento no processo de crescimento e desenvolvimento, no qual ocorrem mudanças físicas e psíquicas vivenciadas de maneira diversa nos diferentes contextos (SAITO, 2001).

3.2. OBESIDADE

3.2.1. Etiologia

A obesidade não é uma desordem singular, e sim um grupo heterogêneo de condições com múltiplas causas que em última análise resultam na forma de obesidade. Fatores genéticos podem ser responsáveis por esta desordem, porém fatores não-genéticos como o ambiente externo e interações psicossociais que atuam sobre mediadores fisiológicos de gasto e consumo energético, podem atenuar ou exacerbar os sintomas e riscos. (JEBB, 1997 apud TOMKINS,2006).

Os fatores genéticos familiares influenciam a susceptibilidade de uma criança para a obesidade, mas esta tendência se manifesta em ambientes propícios, onde o estilo de vida desempenha um importante papel podendo alterar esta condição (ROSENBAUM e LEIBEL, 1998). Além disso, fatores ideológicos, culturais e emocionais influenciam a formação do hábito alimentar das crianças, a sua percepção de fome, seu apetite e saciedade (PARIZZI, 2004).

De acordo com SAITO (2001), menos de 5% dos casos de obesidade estão relacionados com diagnóstico de endocrinopatias ou os distúrbios no sistema nervoso, sendo a maioria devido à ingestão excessiva de alimentos. Dentre estas, pode-se citar a polifagia, alterações metabólicas, e causas hormonais.

A polifagia (excesso de fome), distúrbio ligado a algumas síndromes como: Laurence-Moon-Biedl e principalmente na síndrome de Pradder Willi, pode ser inicialmente decorrente de perturbações do hipotálamo, órgão relacionado aos mecanismos de fome e saciedade (SAITO, 2001).

A obesidade de causa hormonal, como no hipotireoidismo, é facilmente distinguível nos adolescentes, pois, na maioria das vezes, afeta o crescimento, sendo estes mais baixos do que o normal. Já, os adolescentes portadores de obesidade exógena têm idade óssea normal ou até avançada (SAITO, 2001).

Os portadores da Síndrome de Down (SD) são indivíduos que geralmente apresentam obesidade, porém as causas nesta população também ainda não estão totalmente esclarecidas e da mesma forma que ocorre na população sem a síndrome, é considerada multifatorial (SCHWARTZMAN..et al, 1999).

Segundo SCHWARTZMAN..et al, (1999), hábitos alimentares inadequados, ingestão calórica excessiva, a compulsão por alimentos (polifagia), menor taxa de

metabolismo basal, menor atividade física, hipotonia e o hipotireoidismo, alteração na tireóide comum nos indivíduos com síndrome de Down, formam um conjunto de fatores determinantes da obesidade para esta população.

Em relação aos aspectos metabólicos, acredita-se que, a insulina secretada em resposta ao aumento de glicose estimula a síntese de gordura e inibe sua mobilização. A relação entre tecido adiposo e insulina é idade-dependente, sendo maior a resposta na criança. Por geralmente desaparecer com a perda de peso, supõe-se que o hiperinsulinismo é uma consequência e não causa da obesidade (SAITO,2001).

Além destes fatores, a autora cita o caráter familiar da obesidade, visto que diante de uma criança ou adolescente obesos encontram-se geralmente pais ou outros familiares também obesos, parecendo este ter natureza poligênica (SAITO, 2001).

Fatores genéticos e fatores ambientais como, hábitos alimentares e estilo de vida (Canadian Task Force on the Periodic Health Examination, 1994), não são os únicos determinantes de sobrepeso na infância. O autor MELLO (2004), relaciona esses fatores às condições sócio-econômicas e culturais da família.

A classe sócio-econômica influencia a obesidade por meio da educação, da renda e da atividade ocupacional do indivíduo, resultando em padrões comportamentais específicos que afetam ingestão calórica, gasto energético e/ou taxa de metabolismo (MONTEIRO e CONDE, 1999).

A revisão de literatura mostra resultados conflitantes em relação à associação de obesidade com o nível sócio-econômico, grau de instrução dos pais e hábitos de vida.

Se por um lado, alguns estudos sugerem que, em países desenvolvidos a prevalência de sobrepeso é maior entre crianças com piores condições sócio-econômicas (GERALD et al., 1994; MÜLLER et al., 1999; STRAUSS e KNIGHT, 1999), e baixo grau de instrução materna (DURAN TAULERIA et al., 1995); De outro lado, outros estudos fazem considerações sobre a relação entre obesidade e melhor nível sócio-econômico familiar, indicados por escolaridade dos pais, qualificação profissional, trabalho materno, renda familiar e utilidades domésticas, como telefone (ANJOS et al, 1998; MONTEIRO e CONDE, 2000; HO et al., 1991; KAIN et al., 1998; Victora et al., (1988) apud DRACHLER, 2003).

3.2.2. Fatores Determinantes

3.2.2a Hábitos alimentares

Em relação à dieta, Dietz (1985) apud FONSECA (1998), sustenta que a obesidade em adolescentes resulta do desequilíbrio entre atividade física reduzida e excesso de consumo de alimentos densamente calóricos. MAMS et al., (2000), faz relação com a utilização cada vez mais freqüente de alimentos industrializados, geralmente, com alto teor calórico à custa de gorduras saturadas e colesterol, e com os avanços tecnológicos que favorecem ao sedentarismo.

Desta forma, a avaliação do estado nutricional, na fase da infância e adolescência, a orientação de uma dieta variada e saudável e o incentivo à prática de atividades físicas e esportes são de extrema importância para a prevenção de complicações decorrentes da obesidade.

Durante a adolescência, os hábitos alimentares refletem valores aprendidos na família e entre amigos, além de influência da mídia, independente de classe social. O indivíduo está mudando o corpo e busca imagem corporal idealizada, portanto, dietas inadequadas e práticas alimentares indevidas, podem levar a desequilíbrios nutricionais que prejudicam o crescimento e estado de saúde (COSTA, et al., 2005).

O caráter familiar da obesidade pode ser observado em muitos pacientes adolescentes (SAITO, 2001; FISBERG, 2005). A herança familiar envolvida no aparecimento da obesidade decorre da interação de genes e do ambiente, onde muitas vezes as crianças são criadas sem uma rotina alimentar e sem disciplina, inclusive para comer. A grande oferta de alimentos e a falta de limites podem mascarar a ausência de amor ou a rejeição e o alimento pode ser visto como fonte de prazer ou compensação pelos problemas vividos (SAITO, 2001).

Nas famílias onde existem crianças com algum tipo de problemas ou dificuldades esta situação pode acentuar ainda mais.

Embora não seja fácil estabelecer relação da causa/efeito, é reconhecida sem dúvida alguma, a força dos fatores culturais como determinantes da obesidade (SAITO,2001).

3.2.2b Sedentarismo e Atividade Física

O sedentarismo é compreendido como a falta ou grande diminuição da atividade diária ocupacional dos indivíduos e considerado como principal causa do aumento da incidência de doenças como hipertensão arterial, diabetes, obesidade, ansiedade, aumento do colesterol, infarto do miocárdio tornando-se o principal fator de risco para a morte súbita (JAKIEIE et al, 2003; HANSEN et al, 2007).

OEHLSCHLAEGER et al., (2004) em uma pesquisa com uma amostra de 960 adolescentes com idade entre 15 e 18 anos, residentes na área urbana da cidade de Pelotas descrevem que 39% foram considerados sedentários, com uma tendência maior ao sedentarismo entre os adolescentes com idades de 17 e 18 anos (38,9% e 44,8%). O estudo também demonstra que a prevalência de sedentarismo entre os adolescentes apresenta-se associada com a classe social baixa e escolaridade materna de até quatro anos.

Dietz apud DRACHLER (2003), em seu estudo, mostra que o número de horas que um adolescente assiste TV é um importante fator predisponente à obesidade, e que sua prevalência pode ser aumentada em até 2% para cada hora adicional de televisão em jovens de 12 a 17 anos.

O estudo de OLIVEIRA et al., (2003), relata que a obesidade infantil esteve inversamente relacionada com a prática da atividade física sistemática, com a presença de TV, computador e videogame nas residências, além do baixo consumo de verduras, confirmando a influência do meio ambiente sobre o desenvolvimento do excesso de peso em nosso meio.

Temos assim uma situação de reação circular negativa, enquanto o sedentarismo gera obesidade, a obesidade torna o indivíduo mais propenso a uma vida sedentária por limitar sua capacidade na prática de atividades físicas.

3.2.3. Diagnóstico de Obesidade e Índice de Massa Corporal (IMC)

O índice de massa corporal (IMC), que representa uma ferramenta chave para identificar risco de obesidade, ou ocorrência de desnutrição logo na infância, é o instrumento mais utilizado para avaliar o desenvolvimento pondero-estatural. Os resultados permitem observar um IMC correlacionado ao sexo e a faixa etária da amostra estudada (CONDE e MONTEIRO, 2006).

Em um estudo feito em escolares matriculados no Instituto Estadual de Educação em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, observou-se no sexo feminino um aumento do IMC com a idade, que supostamente foi devido à tendência de crescimento precoce observada no sexo feminino em relação ao masculino (SOAR; VASCONCELOS; ASSIS, 2004).

Foi observado que embora ambos os sexos apresentassem valores semelhantes de IMC, o sexo feminino apresentou maior porcentagem de alterações na relação cintura-quadril (RCQ). Isto indica que embora o IMC tenha apresentado uma boa correlação com adiposidade em adolescentes em estudos anteriores, não reflete, de maneira adequada, as grandes mudanças na composição corporal que ocorrem nessa faixa etária e que são distintas entre os sexos (VIEIRA et al., 2006).

Entretanto, em face da dificuldade de se utilizarem métodos mais sofisticados para medir gordura corporal em estudos epidemiológicos, o IMC continua sendo uma alternativa viável, de baixo custo e adequada (GIUGLIANO e MELO, 2004).

3.2.4. Obesidade e Deficiência Intelectual

O termo deficiência intelectual vinha sendo internacionalmente mais aceito nos últimos dez anos e a nomenclatura deficiência mental ou retardo mental cada vez mais abandonada (MELVILLE et al., 2006). A expressão deficiência intelectual foi oficialmente utilizada já em 1995, quando a Organização das Nações Unidas (ONU) realizou em Nova York o simpósio chamado *Intellectual Disability: Programs Policies*

and Planning for the Future (Deficiência Intelectual: Programas, Políticas e Planejamento para o Futuro) (SASSAKI, 2005).

No entanto, a nomenclatura sofre divergências e os termos deficiente mental e retardo mental, ainda são enfatizados pela Associação Americana do Retardo Mental (AAMR).

FOX e ROTATORI (1982) apontam que indivíduos com deficiência intelectual são mais propensos a desenvolver obesidade que os indivíduos sem deficiência. Em um estudo com 1.100 indivíduos com deficiência intelectual, moderada e severa, institucionalizados, constataram taxas elevadas de obesidade (15,6% nos homens e 25,1% em mulheres). A vida sedentária, a falta de conhecimento nutricional e alteração cognitiva são alguns dos fatores de riscos possíveis para explicar o aumento de peso desta população (FOX e ROTATORI, 1982; BARROS, 1998; STANCLIFFE et al., 2001).

MORAN et al. (2005), utilizando registros médicos do cuidado preliminar, compararam 680 adultos com deficiência intelectual com 1806 pessoas não deficientes. Como resultados, encontraram taxas similares de obesidade nos dois grupos, observando, neste estudo, que a prevalência de obesidade era mais baixa nos adultos com deficiência intelectual.

A presença da obesidade e de seus fatores de risco tem contribuído na redução da expectativa de vida de pessoas com deficiência intelectual (MELVILLE et al., 2006).

Indivíduos com deficiência intelectual vivenciam desigualdades significativas da saúde comparadas com a população geral, além disso, apresentam taxas de mortalidade mais elevadas (3-6), uma expectativa de vida mais curta (7-8) e têm necessidades especiais e riscos na saúde em níveis mais elevados (9-15) (MELVILLE et al. 2006).

MELVILLE et al. (2006) em sua pesquisa, comparando estudos realizados em diferentes países entre os anos de 1985 a 2005, observa que a prevalência de obesidade em adultos com deficiência intelectual nos últimos vinte anos, esteve crescente, mas ressalta que é necessário mais estudos para particularizar a relação entre o aumento de peso e a deficiência, tendo em vista que se observou também maior número de obesos na população em geral.

A deficiência intelectual está presente em diversas síndromes genéticas, mas, é na Síndrome de Down (SD) que é encontrada mais comumente (CARAKUSHANSKY e MUSTACCHI, 2001).

Apesar de toda evolução, ainda hoje se tem uma visão equivocada em relação à Síndrome de Down (SD), acreditando-se que estes indivíduos tendem a viver menos tempo e não possuem capacidade de autonomia. O aumento da expectativa de vida e novas oportunidades educacionais cada vez mais procuram mudar essa realidade (MARQUES AC; NAHAS MV, 2003).

Sendo assim, programas voltados à conscientização e ações que envolvam mudança no estilo de vida, com orientações quanto aos hábitos alimentares e a prática de atividades físicas, podem beneficiar o desenvolvimento destes adolescentes e contribuir na prevenção de riscos à suas saúde.

4. MÉTODO

4.1. LOCAL DE ESTUDO

Este estudo foi realizado na Sociedade Pestalozzi de São Paulo, instituição beneficente de utilidade pública, que há mais de cinco décadas atende crianças, adolescentes e jovens nos setores clínico, educacional, profissional, além de oferecer apoio sócio-cultural à adultos com deficiência intelectual. Localizada na cidade de São Paulo, no bairro de Vila Guilherme, mantém em funcionamento quatro setores sendo: Centro de Diagnóstico e Tratamento (C.D.T.), Escola de Educação Especial (E.E.E.), Unidade de Educação Profissional (U.E.P) e Cadia (Centro de apoio ao deficiente adulto).

4.2. TIPIFICAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo é do tipo coorte histórica descritiva adotando o método de pesquisa quali-quantitativa.

4.3. POPULAÇÃO DO ESTUDO

Inicialmente, foram convidadas 54 famílias, destas, duas não retornaram ao convite. Nestes dois casos, a pesquisadora fez contato telefônico, mas os responsáveis alegaram que gostariam de participar, mas que não possuíam disponibilidade para comparecerem à instituição no período que seria necessário para efetuar a entrevista. Já em outros três casos, foram agendadas as entrevistas, mas os pais não compareceram, tentou-se mais uma data e novamente sem sucesso. Em um dos casos o adolescente e família mudaram-se de cidade e alegaram dificuldade em retornar à instituição. Por último, houve um caso de falecimento de uma adolescente com Síndrome de Down e a família alegou estar emocionalmente abalada, pedindo pra cancelar a data pré-estabelecida para a entrevista. Registrou-se assim uma perda de sete adolescentes do grupo previsto para o estudo.

Fizeram parte deste estudo 47 adolescentes obesos com deficiência intelectual com idade entre 11 e 20 anos, 47 famílias representadas por um cuidador/responsável

por estes adolescentes e 06 profissionais que atuam no programa de orientação e prevenção de complicações da obesidade (POPO), oferecido pela instituição durante o período de 2006 a 2008. Os profissionais atuantes, serão neste estudo, denominados equipe multiprofissional ou interdisciplinar, que consiste na atuação de diferentes profissionais trabalhando juntos, mantendo suas atuações específicas e apoiando-se entre si, com trocas de informações dentro de áreas de interseção, permitindo a formação de novos saberes e abordando o paciente de forma integral.

4.3.1. Critérios de Inclusão

Como critérios de inclusão foram considerados:

- a) idade entre 10 e 19 anos;
- b) diagnóstico de deficiência intelectual *;
- c) participação no programa POPO com frequência mínima de um ano no período de 2006 a 2008;
- d) famílias de alunos/aprendizes participantes, segundo critérios de inclusão acima;
- e) profissionais funcionários da Pestalozzi de SP atuantes no programa POPO.

*Não considerou-se como critério de exclusão a associação da deficiência intelectual com deficiência física, diagnóstico de outras síndromes ou comorbidades psiquiátricas.

4.3.2. Critérios de exclusão

- a) Adolescentes obesos matriculados na Sociedade Pestalozzi de São Paulo não inseridos no programa POPO;
- b) famílias de alunos/aprendizes obesos, porém não participantes no programa POPO oferecido pela instituição;
- c) profissionais da Pestalozzi de São Paulo não atuantes no programa POPO.

4.4. PROCEDIMENTOS

O protocolo deste estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSPUSP), (número 1822).

As famílias foram convidadas a participarem por meio de comunicado por escrito, anexados nas agendas escolares dos filhos. Os responsáveis pelos participantes foram previamente informados e esclarecidos a respeito dos aspectos envolvidos e as famílias que aceitaram participar, formalizaram o interesse assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) às famílias (Anexo 1).

Os profissionais que atuaram no programa entre os anos de 2006 a 2008 foram convidados a participarem do estudo. Houve interesse dos 06 profissionais convidados (100%) sendo estes também, informados e esclarecidos a respeito dos aspectos envolvidos e formalizando a participação com a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos profissionais - (Anexo 2).

4.5. DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

4.5.1. Caracterização da População e Coleta de dados

Para caracterizar os adolescentes obesos com deficiência intelectual, foram utilizados nesta pesquisa dados secundários dos prontuários de acompanhamento da instituição, dentre eles: nome, sexo, data de nascimento, anos de participação, diagnóstico e o índice de massa corpórea (IMC) (calculado conforme sugerido pela ABESO: O peso (em kg) dividido pelo quadrado da altura (em m)).

Os alunos foram classificados segundo grau de obesidade, considerando diferentes índices de massa corpórea (IMC), em três grupos de peso conceituados pela equipe interdisciplinar da seguinte forma:

- a) Grupo 1 (G1)- Grau de obesidade I (IMC - 23 à 28,9)
- b) Grupo 2(G2) - Grau de obesidade II (IMC - 29,0 à 34,9)
- c) Grupo 3(G3) - Grau de obesidade III (IMC > 35,0)

Para caracterizar as famílias participantes foram utilizadas as seguintes variáveis: grau de parentesco com os adolescentes, escolaridade da mãe, local de moradia (região) e classificação sócio-econômica de acordo com a renda familiar (em salários mínimos) estabelecida pela área do serviço social da instituição (anexo 5), distribuída em três categorias. São elas: estável, regular ou precária.

A equipe interdisciplinar participante do programa atua nas áreas da: Medicina, Psicologia e Fisioterapia e responderam a um questionário também elaborado pela pesquisadora sobre o mesmo tema (anexo 3). Os profissionais foram caracterizados segundo as variáveis: sexo, área de atuação, função no programa e tempo de atuação com deficiente intelectual.

Os dados que caracterizam de modo específico a população em estudo fazem parte do capítulo 5 – Resultados, sendo apresentados e descritos em tabelas de distribuição.

A coleta de dados referente aos fatores que facilitam e dificultam a adesão ao programa em foco foi realizada por meio de relatos dos familiares gravados em áudio durante as entrevistas seguindo roteiro temático do questionário criado pela pesquisadora e realizados de maneira individual, com duração média de 20 minutos (anexo 4).

4.5.2 Análise dos Dados

Para armazenamento e análise dos resultados utilizou-se programa Excel versão Microsoft Office 2000 SR-1 Premium, Windows XP 03. As planilhas do Excel foram construídas de acordo com requisitos do roteiro de entrevistas, tanto as perguntas semi-dirigidas quanto as questões fechadas. Foram criadas tabelas de distribuição que serão apresentadas no capítulo 5 (cinco).

Para se aproximar dos fatores facilitadores e dificultadores observados nas famílias em participar com assiduidade do programa POPO, foi aplicado um conjunto de perguntas e as respostas foram categorizadas segundo um escore de frequência com pontuação total variando entre zero e oito pontos. (Quadro 8 - escore de adesão familiar ao programa).

A construção do escore ocorreu a partir da análise das respostas pré-estabelecidas no roteiro de entrevistas semi-dirigidas que teve como instrumento um questionário (anexo 4). Para cada resposta das questões 5, 6 7 e 10 foi atribuída um valor: “0” quando não houve realização da atividade/orientação, “1” quando as atividades/orientações foram realizada às vezes e “2” quando as atividades/orientações foram realizadas sempre. Ao final, os valores foram somados e cada família recebeu uma pontuação de zero a oito.

De zero a quatro pontos consideramos que para a questão específica, a família não está realizando ou realiza muito eventualmente, as orientações propostas pela equipe. De cinco a oito pontos, considerou-se que as orientações foram seguidas na maioria das vezes ou sempre.

Na questão 5, referente à participação nas reuniões quinzenais ou mensais, a resposta “sempre” recebeu ponto igual a “2”. A resposta “às vezes” recebeu “1” (um) ponto e resposta “não participa” recebeu pontuação “zero”. Ao responder “não participa” o sujeito era convidado a refletir e emitir comentários a respeito da não participação. Essas respostas serão o norte para compreender os motivos das dificuldades que as famílias encontram para aderir e cumprir o programa.

Na questão 6, referente à prática de atividades físicas fora da instituição, a resposta “tem realizado” recebeu pontuação igual a “2” e a resposta “não tem realizado” não obteve pontuação. Nesse caso também os sujeitos deveriam responder o porquê não realizavam atividades físicas externas.

Na questão 7, que diz respeito a prática de caminhadas regularmente foi dado “2” pontos a respostas “tem realizado”, “1” (um) ponto para resposta “realiza às vezes” e pontuação “zero” à negativa “não tem realizado”. Os motivos pelos quais o sujeito respondia que não tem realizado também foram questionados.

Igualmente à questão 10, que traz luz à questão da mudança de hábito alimentar, às respostas também foram atribuídas pontuações. A primeira resposta, “estamos modificando a alimentação”, recebeu pontuação “2”, e a outra opção, “não estamos modificando a alimentação”, pontuação “zero”. E o motivo por não estar modificando a alimentação também deveria ser justificada e essas respostas assim como as questões 6 e 7 foram a matriz multivariada e também descritas no capítulo 5 (cinco) deste estudo.

5. RESULTADOS

Após caracterização da população do estudo os resultados serão apresentados segundo dois eixos norteadores.

5.1 CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO ESTUDADA

5.1.1 Características dos Adolescentes Atendidos no Popo quanto ao Sexo, Idade, Diagnóstico, Grau de Obesidade pelo Índice de Massa Corpórea (Imc), Anos de participação no programa e Meio de Transporte Utilizado para ir à Instituição.

Tabela 1 – Distribuição dos adolescentes obesos com deficiência intelectual, atendidos no POPO* no período de 2006 a 2008, segundo o sexo e idade**. (n=47)

IDADE (em anos)	SEXO				Total	
	n	Masc %	n	Fem %	n	%
? 12	02	7,4	--	--	02	4,3
13 – 16	08	29,6	09	45,0	17	36,2
17 – 20	17	63,0	11	55,0	28	59,5
TOTAL	27	100,0	20	100,0	47	100,0

*POPO – Programa de Orientação e Prevenção de complicações da Obesidade da SPSP.

**Idade em anos, quando inseridos no programa.

A tabela 1, ao distribuir os adolescentes segundo grupos etários, mostra concentração nos estratos etários mais velhos Assim, dos 47 adolescentes participantes no estudo, a maioria (59,5%), têm idade entre 17 e 20 anos, enquanto somente 4,3% têm idade inferior a 12 anos. O restante 36,2%, estão na faixa etária intermediária (entre 13 e 16 anos). A análise etária controlando a variável sexo, realça a mesma estrutura etária, qual seja, a concentração dos adolescentes do POPO nos estratos etários mais velhos. No caso dos meninos, 63,0% dos adolescentes estão entre idades de 17 e 20 anos e apenas 7,4% tem idade igual ou menor á 12 anos; na idade entre 13 e 16 anos deparamos com 29,6%. Da mesma maneira, analisando a população do sexo feminino, observamos também que, a maioria (55,0%), encontra-se entre 17 e 20 anos, 45,0% entre 13 e 16 anos. Contudo, neste caso específico, não encontramos

12 anos. A média de idade em geral foi de 17,2 anos de vida e o desvio padrão de 2,54 anos.

A tabela 2 apresenta o perfil de diagnósticos presentes na população em estudo e mostra que a Síndrome de Down, entre os adolescentes é uma patologia comum. Está representada em 19 (40,4%) adolescentes sendo 11, do sexo masculino, e 08, do sexo feminino. Dos quatro (04) adolescentes com paralisia cerebral há somente um (3,7%) do sexo masculino contra três (15,0%) no sexo feminino. Pode-se observar, 08 (17,0%) adolescentes com diagnóstico exclusivo (stricto sensu) de deficiência intelectual sendo destes, 04 do sexo masculino e 04 feminino. Observamos também em 11 (23,4%) adolescentes a associação com quadro de TGD ou TID, predominando o sexo masculino, com 08 dos casos, sobre o feminino (03 casos).

A tabela mostra ainda a presença de outras síndromes. Destas, três casos (11,1%) masculinos com diferentes síndromes como: Síndrome de Willians, Prader Willi e Cornélia de Lange e um caso (5,0 %) do sexo feminino com síndrome de Turner. Finalmente, além das descritas, há uma (5,0%) de menina, apresentando acondroplasia.

Tabela 2 – Distribuição dos adolescentes obesos com deficiência intelectual, atendidos no POPO* no período de 2006 a 2008, segundo diagnóstico. (n=47)

DIAGNÓSTICO	Total	
	n	%
Sd Down	19	40,4
P.Cerebral	04	8,5
Def.Intelectual	08	17,0
Di+TGD/TID	11	23,5
Outras Síndromes	04	8,5
Acondroplasia	01	2,1
TOTAL	47	100,0

*POPO – Programa de Orientação e Prevenção de complicações da Obesidade da SPSP

A tabela 3, apresenta os adolescentes em grupos organizados a partir de faixas do índice de massa corpórea – IMC. A estes grupamentos do IMC atribuiu-se a nomenclatura de categorias conceituais (grupos por grau de obesidade). A indicação dos adolescentes para os respectivos grupos obedece a critérios de inclusão no programa POPO adotados pela Sociedade Pestalozzi, desde 2005.

Os resultados mostram que na população do sexo masculino (n=27), 40,8 % foram classificados com grau III de obesidade (G3) com o IMC acima de 35, enquanto 29,6% são classificados como G1 (IMC abaixo de 29) e 29,6% como G2 (IMC entre 29 e 34,9).

Os dados mostram o ajuste aos propósitos do programa POPO aos adolescentes obesos (cerca de 40%) em ambos os sexos. É interessante notar, uma proporção discretamente superior no G1 de meninas que de meninos, mas com a ressalva do pequeno número de indivíduos do estudo.

Tabela 3 – Distribuição dos adolescentes obesos com deficiência intelectual, atendidos no POPO* no período de 2006 a 2008, segundo sexo e grupos, com grau de obesidade, da Sociedade Pestalozzi de São Paulo (SPSP). (n=47)

GRUPOS (Grau de Obesidade)	n	SEXO				Total	
		Masc %	n	Fem %	n	%	
Grupo 1 – G1	08	29,6	07	35,0	15	32,0	
Grupo 2 - G2	08	29,6	05	25,0	13	27,6	
Grupo 3 - G3	11	40,8	08	40,0	19	40,4	
TOTAL	27	100,0	20	100,0	47	100,0	

*POPO – Programa de Orientação e Prevenção de complicações da Obesidade da SPSP.

A tabela 4 nos mostra a relação da idade dos adolescentes do programa POPO e o grau de obesidade. Notamos que há maior proporção de inseridos no G3 entre os adolescentes mais velhos.

Com idade menor ou igual a 12 anos no G2 (IMC 29 a 34,9) há somente um adolescente (7,7%) , passando para três com idade entre 13 e 16 anos (23,1%) e 09 (69,2%) na faixa mais tardia (17 a 20 anos).

Da mesma maneira, no G3 (IMC > 35) com idade menor ou igual a 12 anos, não há qualquer adolescente participante.; já entre 13 e dezesseis anos temos 07 (36,8%) adolescentes e esse número eleva-se para 12 (63,2%) no grupo mais velho de 17 a 20 anos.

Fica ainda mais evidente essa diferença quando analisamos o total e encontramos somente 4,3% de adolescentes com idade menor ou igual á 12 anos contra 17(36,2) entre 13 e 16 anos e 28 (59.5%) adolescentes na faixa de idade de 17 á 20 anos.

Tabela 4 – Distribuição do numero de adolescentes obesos com deficiência intelectual, atendidos no POPO* no período de 2006 a 2008, segundo idade e IMC**. (n=47)

IDADE (em anos)	IMC (23 a 28,9) G1		IMC (29 a 34,9) G2		IMC (> 35) G3		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
≤ 12	01	6,6	01	7,7	--	--	02	4,3
13 – 16	07	46,7	03	23,1	07	36,8	17	36,2
17 – 20	07	46,7	09	69,2	12	63,2	28	59.5
TOTAL	15	100,0	13	100,0	19	100,0	47	100,0

*POPO –Programa de Orientação e Prevenção de complicações da Obesidade da SPSP.

**IMC- calculado conforme ABESO

A tabela 5 referente ao(s) ano(s) de participação (ções) no POPO, mostra uma persistência da instituição em apoiar a existência do programa. É importante destacar que a presença dos adolescentes no programa POPO significa na prática um acompanhamento de média ou longa duração, fato que significa investimentos de médio e longo prazo uma vez que a perspectiva de tratamento não se esgota em um ano do calendário. Assim, é possível perceber o número maior de adolescentes participantes nos três anos anteriores à coleta de dados. Em outras palavras, 40,4% ou 19, em número absoluto, dos adolescentes estão no programa POPO desde o ano de 2006.

Assim, 40,4% dos adolescentes deste estudo, tiveram participação, mesmo que ocasional, no programa de 2006 a 2008, 36,2% participaram de 2007 á 2008, enquanto 8,5% participaram de 2006 á 2007, 8,5% somente em 2006, 4,3% somente em 2008 e apenas um caso (2,1%) teve participação alternada sendo inserido em 2006. Finalmente na tabela 5, chama atenção 2007 não registrar a presença circunstancial de adolescentes.

Tabela 5 – Distribuição dos adolescentes obesos com deficiência intelectual, segundo anos de participação no POPO*. (n=47)

Anos de Participação	n	%
2006	04	8,5
2007	-	0,0
2008	02	4,3
2006/2007	04	8,5
2006/2008	01	2,1
2007/2008	17	36,2
2006/2007/2008	19	40,4
TOTAL	47	100,0

*POPO – Programa de Orientação e Prevenção de complicações da Obesidade da SPSP.

Como podemos notar na tabela 6 que refere ao meio de transporte para a instituição, o mais utilizado pelos adolescentes obesos e suas famílias é o transporte coletivo que se destaca somando um total de 85,1%. Notamos também que 10,6% utilizam carro próprio e de maneira bem mais modesta, 4,3%, a perua escolar. Neste grupo não encontramos nenhum indivíduo que fizesse o percurso a pé.

Tabela 6 – Distribuição dos adolescentes obesos com deficiência intelectual, atendidos no POPO* no período de 2006 a 2008, segundo meio de transporte utilizado para a instituição. (n=47)

Transporte Utilizado	n	%
Coletivo	40	85,1
Perua escolar	02	4,3
Carro Próprio	05	10,6
A pé	--	0,0
TOTAL	47	100,0

*POPO – Programa de Orientação e Prevenção de complicações da Obesidade da SPSP

5.1.2 Caracterização quanto a Independência e Autonomia dos Adolescentes Inseridos no Popo quanto a Necessidade de Acompanhante para Ir à Instituição e ao Trabalho, quando Inserido Neste.

A tabela 7 mostra que 76,6% dos adolescentes dependem de acompanhante para chegar até a instituição, enquanto 23,4% têm independência para vir sozinho.

Tabela 7 – Distribuição dos adolescentes obesos com deficiência intelectual, atendidos no POPO* no período de 2006 a 2008, segundo grau de independência na locomoção para a instituição. (n=47)

Vem sozinho?	n	%
SIM	11	23,4
NÃO	36	76,6
TOTAL	47	100,0

*POPO – Programa de Orientação e Prevenção de complicações da Obesidade da SPSP

A tabela 8 mostra que as mães (69,5%), aparecem como principais acompanhantes dos filhos para a instituição, seguidas dos pais (8,3%); Em dois casos (5,5%) o casal (pai ou mãe) aparecem como acompanhantes e dividem esta tarefa com o perueiro. Em 04 casos, são acompanhados por outros familiares distribuídos conforme números percentuais: 2,8% avó; 2,8% tia; 2,8% irmão; 2,8% amigo.

Tabela 8 - Distribuição dos adolescentes obesos com deficiência intelectual, atendidos no POPO* no período de 2006 a 2008, segundo acompanhante na locomoção para instituição. (n=36)

Quem acompanha?	n	%
Mãe	25	69,5
Pai/Padrasto	03	8,3
Mãe e/ou Pai	02	5,5
Avós	01	2,8
Perueiro	02	5,5
Tia	01	2,8
Irmão	01	2,8
Amigo	01	2,8
TOTAL	36	100,0

*POPO – Programa de Orientação e Prevenção de complicações da Obesidade da SPSP.

A tabela 9 relata um alto grau de dependência familiar dos adolescentes com deficiência intelectual participantes desta pesquisa pois mostra que a grande maioria (93,%) dos adolescentes não estão inseridos no mercado de trabalho e apenas três (6,4%) trabalham.

Tabela 9 – Distribuição dos adolescentes obesos com deficiência intelectual, atendidos no POPO* no período de 2006 a 2008, segundo inserção no mercado de trabalho. (n=47)

Inserido no mercado de trabalho?	n	%
SIM	03	6,4
NÃO	44	93,6
TOTAL	47	100,0

*POPO – Programa de Orientação e Prevenção de complicações da Obesidade da SPSP.

Um olhar detalhado dos inseridos no mercado de trabalho (n=03) mostra que dois deles (66,7%) dependem de acompanhante para ir até o local do emprego e somente um (33,3%) tem independência para ir sozinho, como mostra os dados na tabela 10.

Tabela 10 – Distribuição dos adolescentes obesos com deficiência intelectual, atendidos no POPO* no período de 2006 á 2008, segundo o grau de independência na locomoção para o trabalho. (n=3)

Vai sozinho para o trabalho?	n	%
SIM	01	33,3
NÃO	02	66,7
TOTAL	03	100,0

*POPO – Programa de Orientação e Prevenção de complicações da Obesidade da SPSP.

Ainda estudando com atenção os adolescentes que trabalham nota-se a necessidade do acompanhante no percurso até o trabalho assim, os acompanhantes dos adolescentes obesos com deficiência intelectual empregados estão descritos na tabela 11 distribuídos em 50% as mães e 50% os pais, não havendo nenhum outro familiar envolvido nesta função.

Tabela 11 - Distribuição dos adolescentes obesos com deficiência intelectual, atendidos no POPO* no período de 2006 a 2008, segundo acompanhante na locomoção para o trabalho. (n=02)

Quem acompanha?	n	%
Mãe	01	50,0
Pai	01	50,0
Tia	--	0,0
Avós	--	0,0
Outros	--	0,0
TOTAL	02	100,0

*POPO – Programa de Orientação e Prevenção de complicações da Obesidade da SPSP

5.1.3 Características dos Entrevistados: a) Responsáveis pelos Adolescentes (Familiares) e b) Profissionais que Atuam no Popo.

5.1.3a Caracterização dos familiares segundo grau de parentesco com adolescentes, região de moradia, renda familiar, grau de instrução das mães.

A tabela 12 mostra que as mães (89,4%), foram às principais informantes dos adolescentes durante as entrevistas. Quanto aos demais familiares distribuíram-se em 6,4% para os pais; 2,1% tias e 2,1% avós.

Tabela 12 – Distribuição do número de entrevistados segundo o grau de parentesco com os adolescentes obesos com deficiência intelectual, atendidos no POPO* no período de 2006 á 2008. (n=47)

Grau de Parentesco	n	%
Mãe	42	89,4
Pai	03	6,4
Tia	01	2,1
Avó	01	2,1
Outros	--	-
TOTAL	47	100,0

*POPO – Programa de Orientação e Prevenção de complicações da Obesidade da SPSP

A tabela 13 mostra que os adolescentes atendidos no programa residem em sua maior parte nas regiões Norte e no município vizinho de Guarulhos (Grande S. Paulo) distribuídos em 36,2 % e 34,0% respectivamente. Em seguida nota-se que 27,7% são moradores da Zona Leste; Nas demais regiões, temos somente um (2,1%) da Zona Central e nenhum adolescente residindo na Zona Oeste e Sul. É preciso destacar que a Vila Maria (bairro tradicional da zona Norte da cidade de São Paulo) é o bairro que localiza a Sociedade Pestalozzi de São Paulo.

Tabela 13 - Distribuição dos adolescentes obesos inseridos no POPO*, segundo região de moradia. (n-47)

Região de moradia	n	%
Zona Leste	13	27,7
Zona Norte	17	36,2
Zona Oeste	--	0,0
Zona Sul	--	0,0
Zona Central	01	2,1
Guarulhos	16	34,0
Total	47	100,0

*POPO – Programa de Orientação e Prevenção de complicações da Obesidade da SPSP

A tabela 14 mostra que a situação financeira das famílias atendidas no programa caracteriza-se como de baixa renda. Assim, 44,7% das famílias recebem de 01 à 2 salários mínimos; 23,4% das famílias têm a renda de 2 à 3 salários; 8,5% de 3 à 4 salários; 17,0% de 5 à 10 e 4,3% vivem somente com a renda do benefício de prestação continuada (BPC do LOAS ????) que é de um salário mínimo. Com situação pouco mais favorável, temos somente uma família (2,1%) considerada financeiramente estável, com renda familiar superior a 10 salários mínimos,

Tabela 14 - Distribuição dos adolescentes obesos inseridos no POPO*, segundo renda familiar. (n-47)

Renda Familiar (em salários mínimos**)	n	%
0 à 1	02	4,3
1 à 2	21	44,7
2 à 3	11	23,4
3 à 4	04	8,5
4 à 5	--	0,0
5 à 10	08	17,0
Acima de 10	01	2,1
TOTAL	47	100,0

*POPO –Programa de Orientação e Prevenção de complicações da Obesidade da SPSP. **Salário mínimo de referência R\$ 450,00.

A tabela 15 mostra que mães de 19 adolescentes (40,4%), não concluíram o ensino fundamental. Observamos também os extremos onde 4,3% não são alfabetizadas e somente uma mãe (2,1%) têm o nível superior.

Quanto ao ensino médio completo, incompleto e superior incompleto temos 14,9%, 6,4% e 8,5% respectivamente. Esses dados vão ao encontro dos estudos que referem a relação entre baixo grau de escolaridade e obesidade, discutidos no próximo capítulo.

Tabela 15 - Distribuição das mães dos adolescentes obesos inseridos no POPO*, segundo grau de instrução (n-47)

Grau de Instrução da Mãe	n	%
Fundamental	11	23,4
Fundamental incompleto	19	40,4
Ensino Médio	07	14,9
Ensino Médio Incompleto	03	6,4
Superior	01	2,1
Superior Incompleto	04	8,5
Não Alfabetizado	02	4,3
TOTAL	47	100,0

*POPO – Programa de Orientação e Prevenção de complicações da Obesidade da SPSP.

5.1.3b - Caracterização dos Profissionais (Equipe interdisciplinar), Segundo Sexo, Área de Atuação, Função no Programa e Tempo de Atuação com Deficiente Intelectual.

O quadro 1 caracteriza a equipe interdisciplinar onde observamos que referente ao sexo, apenas profissionais do sexo feminino atuaram no programa no período de 2006 á 2008. Um olhar discriminador segundo a categoria funcional mostra duas fisioterapeutas, duas médicas e duas psicólogas, sendo que 50% destas profissionais, com mais de dez anos de atuação com adolescentes com deficiência intelectual. O tempo de atuação na área da deficiência intelectual (DI) variou de 01 á 21 anos, apresentando a média de 9,33 anos.

Quadro 1- Caracterização da equipe interdisciplinar envolvida no POPO* no período de 2006 á 2008.

Sexo	Área de atuação	Função	Tempo de atuação com D.I. (em anos)
F	Fisioterapia	Fisioterapeuta	4
F	Médica	Endocrinologista	1
F	Médica	Neuropediatra	17
F	Fisioterapia	Fisioterapeuta	2
F	Psicologia	Psicóloga	21
F	Psicologia	Psicóloga	14

*POPO – Programa de Orientação e Prevenção de complicações da Obesidade da SPSP

A tabela 16 refere-se aos anos de participação da equipe no POPO e mostra que, houve uma rotatividade de profissionais durante o tempo de existência do programa na instituição. Observamos que, 33,3% participaram do programa nos anos de 2006, 2007 e 2008. Outros 33,3% dos profissionais tiveram participação somente no ano de 2008, apenas um (16,7%) participou exclusivamente em 2006 e outro (16,7%) nos anos de 2007 e 2008.

Tabela 16– Distribuição dos profissionais, segundo anos de participação no POPO*. (n=06)

Anos de Participação	n	%
2006	01	16,7
2007/2008	01	16,7
2008	02	33,3
2006/2007/2008	02	33,3
Total	06	100,0

*POPO – Programa de Orientação e Prevenção de complicações da Obesidade da SPSP

Na tabela 17 atem-se à opinião das 06 (seis) profissionais que compuseram a tabela anterior e destas 50% afirmaram conhecer outros locais que oferecem assistência ao adolescente com deficiência intelectual obeso.

Tabela 17 – Distribuição dos profissionais envolvidos no POPO* no período de 2006 a 2008, segundo conhecimento de locais que prestam assistência ao deficiente intelectual obeso. (n=06)

Conhece local que presta assistência ao deficiente intelectual obeso?	n	%
SIM	03	50,0
NÃO	03	50,0
TOTAL	06	100,0

*POPO – Programa de Orientação e Prevenção de complicações da Obesidade da SPSP

A tabela 18 mostra que dos profissionais que relataram conhecer outros locais que oferecem atendimento voltado para esta população (n=3), dois (66,7%) atuaram diretamente nestes locais.

Tabela 18– Distribuição dos profissionais envolvidos no POPO* , segundo atuação em locais que prestam assistência ao deficiente intelectual obeso. (n=03)

Já atuou em outro local que tenha programa similar ao POPO?	n	%
SIM	02	66,7
NÃO	01	33,3
TOTAL	03	100,0

*POPO – Programa de Orientação e Prevenção de complicações da Obesidade da SPSP.

5.2 EIXOS NORTEADORES

5.2.1 Caracterização Segundo os Fatores que Facilitam e Dificultam a Participação de Adolescentes com Deficiência Intelectual no Popo, a partir do Ponto de Vista das Famílias.

Analisando o quadro 2 podemos dizer que, ao serem convidadas para participar do programa, a maior parte das famílias foram informadas referentes aos objetivos do programa e necessidade de avaliação dos filhos por equipe multiprofissional (95,8%), e quanto a participação das famílias em reuniões e do cumprimento das orientações de novas condutas, praticamente todas as famílias disseram ter recebido (97,9%).

Quadro 2- Informações prestadas às famílias dos adolescentes obesos com deficiência intelectual, quando convidadas à participarem do programa POPO*. (n=47).

Ao ser convidado para aderir ao programa, recebeu informações que:	SIM	%	NÃO	%	Não Lembra	%
Os objetivos estariam relacionados à orientação e prevenção de complicações da obesidade	45	95,8	1	2,1	1	2,1
Seu filho seria avaliado por equipe multiprofissional	45	95,8	1	2,1	1	2,1
Seria necessário a participação das famílias em reuniões quinzenais/mensais	46	97,9	-	0	1	2,1
Receberia orientações de adoção de novas condutas para o dia-a-dia	46	97,9	-	0	1	2,1

*POPO – Programa de Orientação e Prevenção de complicações da Obesidade da SPSP

Observando o Quadro 3 verificamos que os dois principais motivos que levaram as famílias aderirem ao programa foram: “Preocupação com aumento do peso de seu filho(a)” (95,8%) e “Conhecimento dos problemas que a obesidade causa a saúde” (91,5%).

Os demais motivos relatados pelas famílias em 34 casos (72,4%) foram citados “Por não conhecer outros locais que ofereça serviço similar ao POPO”, 31 casos (66,0%) reconhecem a “Comodidade de não precisar se deslocar para outros locais” e 23 famílias incluíram o fato da gratuidade do programa.

Além destas alternativas, 10 casos citaram outros motivos (21,3%). A escolha das alternativas nesta questão não restringia a somente uma resposta.

Quadro 3 – Fatores facilitadores à adesão de adolescentes obesos com deficiência intelectual e suas famílias ao programa POPO*.

*Cada participante podia responder a mais de uma alternativa (n=47)

MOTIVO DA ADESÃO:	SIM	%	NÃO	%
Por ser mais um programa oferecido gratuitamente;	23	49,0	24	51,0
Preocupação com aumento do peso de seu filho(a);	45	95,8	02	4,2
Conhecimento dos problemas que a obesidade causa a saúde;	43	91,5	04	8,5
Comodidade de não precisar se deslocar para outros locais;	31	66,0	16	34,0
Por não conhecer outros locais que ofereça serviço similar;	34	72,4	13	27,6
Outros motivos.	10	21,3	37	78,7

*POPO – Programa de Orientação e Prevenção de complicações da Obesidade da SPSP

A tabela 19 mostra que somente 17,0% dos adolescentes inseridos no POPO praticam algum esporte fora da instituição, enquanto 39 (83,0%) não realizam atividades físicas externas.

Destes 39, conforme mostra o quadro 4, 64,1% e 61,5% das famílias relataram que os principais fatores que dificultam essa prática, são: “Não conheço local especializado (academia/clube) que atenda o deficiente intelectual” e “Não tenho condições financeiras para pagar academia/clube”, respectivamente.. Estes dados serão analisados posteriormente.

Tabela 19 - Distribuição do número e percentual de adolescentes obesos com deficiência intelectual, atendidos no POPO*, segundo realização de atividades físicas fora da instituição. (n=47)

Tem realizado atividade física fora da instituição?	n	%
Sim	08	17,0
Não	39	83,0
Total	47	100,0

*POPO – Programa de Orientação e Prevenção de complicações da Obesidade da SPSP

Quadro 4 – Dificuldades relatadas pelas famílias, na realização de atividades físicas fora da instituição. (n= 39)

Não realiza atividades físicas externas porque:	n	%
Meu filho recusa realizar qualquer tipo de atividade física	08	20,5
Não conheço local especializado (academia/clube) que atenda o deficiente intelectual	25	64,1
Não há ninguém que tenha tempo para acompanhar o filho em academia/clube	13	33,3
Não tenho condições financeiras para pagar academia/clube	24	61,5
Outros motivos.	12	30,7

A tabela 20 mostra que 06 (12,8%) adolescentes inseridos no programa realizam caminhadas regularmente e 07 (14,9%) realizam esporadicamente. A maioria 72,3% “não estão realizando”. Quando somamos aqueles que praticam esporadicamente ou não praticam a atividade (87,2%) observamos que um número expressivo de participantes não aderiram às recomendações da equipe nesse requisito.

Tabela 20- Distribuição do número e percentual de adolescentes obesos com deficiência intelectual atendidos no POPO*, segundo a realização de caminhadas regularmente. (n=47)

Tem realizado caminhadas regularmente?	n	%
Sim	06	12,8
Não	34	72,3
Às Vezes	07	14,9
Total	47	100,0

*POPO – Programa de Orientação e Prevenção de complicações da Obesidade da SPSP

No quadro 5, as dificuldades mais apontadas pelas famílias, que impedem os adolescentes realizarem caminhadas regulares são: “Meu filho não tem independência e autonomia, precisa de companhia” (79,4%), “Não há ninguém que tenha tempo para acompanhar meu filho nas caminhadas” (61,7%). Além destas duas justificativas, uma parcela delas (67,6%) relatou outros motivos que serão apresentados na discussão como dificuldades.

Quadro 5 – Dificuldades relatadas pelas famílias, na realização de caminhadas regularmente (Questão 7).

*Cada participante podia responder a mais de uma alternativa (n=34)

Não estamos realizando caminhadas porque:	(n=34) n	%
Meu filho se recusa realizar atividade física Inclusive caminhada	15	44,1
Tenho medo pois, o bairro que residimos é muito perigoso	12	35,3
Meu filho não tem independência e autonomia, precisa de companhia	27	79,4
Não há ninguém que tenha tempo para acompanhar meu filho nas caminhadas	21	61,7
Meu filho se queixa de dor quando caminha	17	50,0
Outros motivos.	23	67,6

No que tange a modificação dos hábitos alimentares pelo grupo familiar, observamos que 70,2% dos participantes o modificaram, enquanto 29,8% não o fizeram conforme tabela 21.

Tabela 21 - Distribuição dos adolescentes obesos com deficiência intelectual, atendidos no POPO*, segundo modificação no hábito alimentar. (n=47)

Estão modificando o hábito alimentar?	n	%
Sim	33	70,2
Não	14	29,8
Total	47	100,0

*POPO – Programa de Orientação e Prevenção de complicações da Obesidade da SPSP

Daqueles que não modificaram o hábito alimentar (n=14), notamos conforme quadro 6 que fatores como os preços dos alimentos sugeridos serem considerados altos (64,3%) e os filhos recusarem a ingestão de fruta (50,0%), são fatores que dificultam à adesão das famílias às recomendações sugeridas pela equipe do POPO, além de outros motivos relatados por 09 famílias, que serão descritos e analisados posteriormente.

Quadro 6- Fatores que dificultam a modificação dos hábitos alimentares, relatados pelas famílias.

*Cada participante podia responder a mais de uma alternativa (n=14).

Não modificamos o hábito alimentar porque:	(n= 14) n	%
Meu filho recusa comer verduras e legumes	04	28,6
Meu filho recusa comer frutas	07	50,0
Meu filho recusa usar adoçantes	03	21,4
Não consigo controlar o que meu filho come	05	35,7
Os preços dos alimentos recomendados estão muito altos	09	64,3
Consigo controlar a alimentação de meu filho em casa, mas toma café e almoça na instituição	04	28,6
Outros motivos.	09	64,3

Observando o quadro 7, podemos notar que, segundo a opinião dos pais, os fatores facilitadores para que haja maior adesão ao programa em relação à participação e cumprimento das orientações realizadas pela equipe multiprofissional são: “ter mais parcerias como academias, clubes ou faculdades ”(89,4%) “ter mais colaboração por parte dos demais familiares em casa” (70,2%) e que “meu filho tivesse maior independência e autonomia” (74,5%).

Analisando esses números deparamos com motivos que envolvem colaboração e responsabilidade tanto das famílias como um todo, como de outros setores da sociedade onde os adolescentes se inserem.

Quadro 7- Fatores facilitadores para uma maior adesão ao programa POPO*, conforme relato dos familiares. (n= 47)

Fatores Facilitadores	n	%
Os encontros ocorrerem em outros dias e horário	16	34,0
Melhorar a comunicação entre as famílias e os profissionais envolvidos	08	17,0
Ter mais parcerias como academias, clubes ou faculdades	42	89,4
Ter mais colaboração por parte dos demais familiares em casa	33	70,2
Meu filho ter maior independência e autonomia	35	74,5
Outros motivos	19	40,4

*POPO – Programa de Orientação e Prevenção de complicações da Obesidade da SPSP

O quadro 08 mostra a distribuição dos sujeitos segundo um escore que varia de zero a oito numa escala construída pela pesquisadora durante o trabalho de análise das questões 5, 6, 7 e 10, presentes no questionário de aplicação familiar. Nesse sentido, observamos que a parcela mais notória da população investigada (80,8%) não aderiu ao POPO, e apenas 19,2% apresentaram adesão parcial ou total ao programa. Somente 2,1% aderiram a todas recomendações sugeridas nas reuniões com a equipe e conseguiu cumprir o programa de fato.

Quadro 08 - Escore de adesão familiar ao programa POPO* (de 0 a 8 pontos).

Pontuação	n	%
0	2	4,2
1	1	2,1
2	5	10,6
3	9	19,2
4	21	44,7
SubTotal	38	80,8
5	3	6,4
6	4	8,6
7	1	2,1
8	1	2,1
Total	9	19,2

*POPO – Programa de Orientação e Prevenção de complicações da Obesidade da SPSP

5.2.2 Caracterização Segundo Fatores que Facilitam e Dificultam a Participação de Adolescentes com Deficiência Intelectual e Suas Famílias no Popo, a partir do Ponto de Vista da Equipe.

Em relação ao envolvimento da família no POPO, a tabela 22 nos permite observar que 83,3% consideram insatisfatório e apenas um profissional (16,7%) considerou satisfatório.

Tabela 22 – Distribuição dos profissionais envolvidos no POPO*, segundo opinião sobre o envolvimento da família no programa. (n=06)

Quanto o envolvimento da família no POPO, você considera?		
	n	%
Satisfatório	01	16,7
Insatisfatório	05	83,3
TOTAL	06	100,0

*POPO – Programa de Orientação e Prevenção de complicações da Obesidade da SPSP.

Quadro 9 - Fatores facilitadores e dificultadores para uma maior adesão ao programa POPO*, segundo opinião da equipe interdisciplinar.

Profissionais atuantes no POPO	FATORES FACILITADORES	FATORES DIFICULTADORES
P1	Estar na instituição, interesse da mãe(família) apesar da dificuldade em mudar os hábitos.	A alimentação e a falta de atividade física
P2	Persistência da equipe	Falta participação maior da família,
P3	Interesse no emagrecimento: profissionais dentro da instituição	Não realizam exercícios físicos
P4	A proposta variada na apresentação dos alimentos	Não haver dedicação maior por parte dos adolescentes e familiares.
P5	Inicialmente vontade de emagrecer e ficar "mais bonito", segundo lugar os problemas de saúde	A família é que não mantém os combinados.
P6	A Família se conscientizar dos problemas que a obesidade pode causar e terem mais compromisso com o programa.	As famílias deveriam incentivar mais os filhos a terem vida mais ativa e serem menos permissivas quanto a alimentação excessiva e inadequada.

*POPO – Programa de Orientação e Prevenção de complicações da Obesidade da SPSP

Observando os resultados apresentados no Quadro 9, na comparação dos relatos dos profissionais entrevistados referentes aos fatores que dificultam à adesão dos adolescentes e suas famílias no programa POPO com os fatores facilitadores as respostas referidas apontam para três aspectos: 1) Responsabilidade da família 2) responsabilidade da instituição 3) responsabilidade dos adolescentes.

As questões que envolvem as famílias ficam mais evidentes, considerando-se que estes adolescentes estabelecem dependência, não tendo autonomia para cumprir as atividades e orientações sugeridas pelos profissionais. Segundo ponto de vista da equipe cabe aos responsáveis o compromisso de participação mais efetiva no programa, maior dedicação, responsabilidade para manter os combinados, incentivar os filhos a ter vida menos sedentária com a prática de atividades físicas e controlar a alimentação inadequada.

A equipe também considera que a comodidade destas famílias em ter dentro da própria instituição apoio dos profissionais, a persistência da equipe em manter o programa ativo e a forma em que as orientações referentes mudanças de hábitos alimentares são realizadas, não propondo nenhuma dieta padrão e sim sugerindo combinações variadas dentro da realidade de cada família quanto ao poder aquisitivo, costumes pré-existentes e a rotina diária, podem facilitar a adesão e o cumprimento das orientações e das atividades propostas.

Ainda se observam neste mesmo quadro algumas questões que envolvem diretamente as atitudes dos adolescentes inseridos no programa. Para a equipe interdisciplinar, o principal desejo destes indivíduos é o emagrecimento, tanto por questões estéticas “ficar mais bonito” quanto por preocupação com a saúde e estes fatores facilitam à adesão, mas em contrapartida a falta de exercícios físicos e alimentação inadequada são dificuldades que contribuem negativamente para os objetivos esperados no programa.

O Quadro 10 mostra que segundo a opinião dos profissionais, o programa POPO apresenta algumas falhas e alguns fatores que estão faltando que poderiam melhorar o desenvolvimento do mesmo e ajudar numa maior adesão. Estes fatores aparecem sugerindo responsabilidades tanto da instituição como das famílias, mas diferente do quadro anterior, com muito mais ênfase nas questões institucionais. Percebe-se que é um desejo quase unânime de que haja envolvimento de outros profissionais para atuar diretamente no programa, em especial, Educador físico e Nutricionista com intuito

de promover atividades físicas mais sistemáticas e controlar e melhorar a alimentação dos atendidos tanto em casa como na própria instituição.

Quadro 10 - Avaliação do programa POPO*, segundo opinião da equipe interdisciplinar.

Profissionais que atuam no POPO	O QUE ESTÁ FALTANDO	O QUE DEVERIA SE MELHORADO
P1	nutricionista permanente na equipe e convênio com academias e locais p/ ativ. Física adaptada	uma maior frequência de todos os pais na reunião quinzenal/mensal
P2	Educação física e orientação nutricional	métodos mais didáticos, av. com nutricionista e melhoria da alimentação na instituição
P3	atividades físicas dentro da instituição	Participação de outros profissionais (Nutricionista, Ed. Física); Refeições especiais ou aumentar nº de dias das terapias
P4	Maior comprometimento das famílias	uma proposta mais interativa com os adolescentes, por um período maior de tempo
P5	profissional que pudesse fazer as atividades físicas e nutricionista para orientar melhor quais e como utilizar os alimentos	Aumentar a equipe multidisciplinar (Prof. Educação física e Nutricionista)
P6	Mais parcerias das famílias e comunidade.	As famílias (pais) se tornarem multiplicadores junto demais familiares, vizinhança e comunidade das orientações recebidas e buscar apoio e parcerias na comunidade

*POPO – Programa de Orientação e Prevenção de complicações da Obesidade da SPSP.

Outros fatores citados também são referentes o aumento do tempo de intervenção (dias e horários) e propostas mais didáticas e diretas, utilizando métodos e linguagem mais acessíveis a população com deficiência intelectual.

Os resultados apontam também para questões que envolvem novamente as famílias, em relação ao compromisso e participação nas reuniões para se tornarem multiplicadores das orientações para demais familiares, vizinhança e comunidade para que estes possam também servir de apoio no processo.

6. DISCUSSÃO

A maioria da população atendida pelo POPO encontra-se na faixa etária entre 17 e 20 anos, que segundo a OMS caracteriza-se como período da adolescência tardia. Segundo OEHLSCHLAEGER et al (2004) esta fase da adolescência pode ser caracterizada pela tendência à “vida” sedentária, mais enfaticamente entre 17 e 18 anos. Este reconhecimento pode colidir com os interesses do POPO em estimular as atividades físicas entre os jovens obesos matriculados no programa. Cabe destacar que às características bio-psico-sociais apontadas por OEHLSCHLAEGER em adolescentes sem patologias específicas, deve ser acrescida que os adolescentes deste estudo, atendidos pela Sociedade Pestalozzi, além de portadores de obesidade, têm comprometido a autonomia e independência. Na presente pesquisa verificamos que há uma tendência ao aumento da obesidade de acordo com a idade. PITETTI et al. (1989), relatam que crianças portadoras de deficiência mental não apresentam índices tão altos de obesidade como os adultos deficientes, pois a obesidade nessa população aumenta, com o passar da idade, devido a tendência ao estilo de vida sedentária.

Com base em pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), cerca de 16,7% dos adolescentes entre 10 a 20 anos, encontram-se acima do peso esperado para a idade, fato que torna a questão da obesidade um problema de Saúde Pública para a população brasileira e assume uma dimensão ainda maior quando as preocupações se deslocam para adolescentes com comprometimento da autonomia. Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (lei 8069 de 13/07/1990), é dever da sociedade, zelar pela saúde integral das crianças e adolescentes, o que inclui a necessidade de zelar pela segurança alimentar – nutricional e apoiar atividades que estimulem seu desenvolvimento físico e emocional (esportes, ginástica, exercícios dirigidos). Em outras palavras, o grau de responsabilidade social que os adolescentes matriculados no programa POPO (com déficit intelectual e dependência de cuidadores) evoca, institui a todos nós como colaboradores na luta contra a obesidade nestes adolescentes.

O grupo em estudo teve como principal diagnóstico associado à obesidade, a síndrome de Down, seguido de deficiência intelectual com transtorno global do desenvolvimento (TGD).

Encontramos na literatura, estudos apontando que o sobrepeso e obesidade acometem em maiores escalas adolescentes com Síndrome de Down (MELVILLE et al 2005).

Segundo SCHWARTZMAN (1999), a família de crianças e adolescentes com Síndrome de Down deve receber orientações, o quanto mais precoce, referente a alimentação adequada e o incentivo de atividades físicas para seus filhos, com intuito de prevenir ou amenizar possível quadro de obesidade.

Embora todos os adolescentes atendidos no programa POPO apresentem certo grau de déficit intelectual, o fato do programa atender prioritariamente pacientes com Síndrome de Down (trissomia do cromossomo 21), mostra indiretamente que entre os critérios para matrícula no programa estaria o de reinserção social destes pacientes e portanto, o programa POPO tem a missão de ir além da abordagem terapêutica específica ou fisioterápica/clínica dos adolescentes matriculados.

Isto estabelece um desafio para os profissionais de saúde que atendem no programa POPO que é o de fomentar a interdisciplinaridade. Uma vez que a abordagem destes pacientes remete a uma relação no mínimo entre oferta de alimentos e seus determinantes familiares (sócio-culturais), controle clínico-terapêutico neurológico, endocrinológico e a prática de exercícios adaptados.

Não foram observadas diferenças significativas no número de matriculados no programa segundo o sexo. Cabe destacar que o sexo da criança e/ou adolescente não é critério da instituição à inclusão ou exclusão no programa POPO. Seria portanto, lícito supor que a distribuição de crianças atendidas no programa nos aproximaria de uma proporção populacional. Mas face ao pequeno número de adolescentes selecionados neste estudo, entre outros vieses amostrais, não é possível valorizar a razão entre sexos (1:1,35) obtida entre os adolescentes atendidos no POPO. Vale lembrar que participaram do estudo 27 adolescentes do sexo masculino e 20 do sexo feminino.

A incidência de sobrepeso e obesidade no Brasil foi estudada por WANG et al (2002) que comparou dois estudos realizados no Brasil nos anos de 1974 - 1975 e 1996 - 1997, com jovens de 06 a 18 anos de ambos sexos e áreas rurais e urbanas e concluiu que a incidência aumentou de 2,9% para 13,1% em jovens do sexo masculino e para as mulheres o salto foi de 5,3% para 14,8%.

Segundo MORAES et al., (2007) há que se considerar o aumento da obesidade independentemente da distinção entre meninos ou meninas.

No que se refere ao estudo da renda familiar, percebe-se que a maioria das famílias recebe entre 1 e 2 salários mínimos, englobando nesses casos o Benefício de Prestação Continuada da Lei Orgânica de Assistência Social (BPC - LOAS). MONTEIRO e CONDE (1999), em seus trabalhos apontam que, a obesidade no Brasil está presente nas diferentes faixas econômicas, principalmente nas faixas de classes privilegiadas. WANG, MONTEIRO e POPKIN, 2002; FISBERG, 2005 relatam que embora a classe mais abastada economicamente apresente níveis de obesidade, as famílias mais pobres também a apresentam como problema de saúde; fato que não parece ser relacionado à falta de informação. Para TONIAL (2001) a relação entre menor renda e obesidade relaciona-se a opção pela comida economicamente mais acessível, ou seja, a escolha do alimento se dá pelo preço de prateleira e não a partir da lógica do seu valor nutritivo. Segundo este autor, o primeiro critério das famílias nesta situação sócio-econômica, é a opção por alimentos que controlam a fome e proporcionam sensação de saciedade.

Desta forma, à medida que alimentos saudáveis, incluindo peixes, carnes magras, vegetais e frutas frescas, estão menos disponíveis seja pelo preço de prateleira, pela disponibilidade no mercado local ou ainda pelo tempo relativamente maior para preparo/cocção (uma vez que o tempo disponível para preparo é também um fator limitante para os trabalhadores dos países industrializados) para indivíduos com restrições nas condições sócio-econômicas, a relação entre obesidade e a baixa renda torna-se mais um problema de Saúde Pública (GRILLO et al., 2000; EBBELING et al. 2002) apud. (MELLO, 2004).

A média do grau de escolaridade do cuidador principal (mães, neste caso) dos adolescentes atendidos no POPO estaria localizada em um ponto próximo à 5ª série do ciclo fundamental do ensino oficial. Não há consenso na literatura a respeito da escolaridade dos pais em relação a seu comportamento como fator de proteção ou risco, ao desenvolvimento ou manutenção da obesidade. Segundo DURAN TAULERIA et al (1995) e MELLO, LIFT E MEYER (2004) o grau de escolaridade materno mais baixo associa-se à obesidade. De qualquer forma, o desenho metodológico de nosso estudo não permite tal conclusão. Contudo, pode-se perceber que a maioria dos cuidadores dos indivíduos avaliados neste trabalho, além da baixa renda, associa em sua vida pessoal, menor escolaridade formal. No caso da população atendida, a relação entre moradia, baixa renda e o grau de escolaridade são aspectos que apontam algumas possíveis

dificuldades no processo de adesão e cumprimento das atividades propostas pelo programa.

Referentes às informações recebidas no momento do convite para participar do programa POPO a maior parte dos familiares relata ter sido bem informada e conscientizada quanto ao processo de trabalho da equipe multiprofissional. Segundo FORTES (1998), é um direito de cidadania a informação sobre os cuidados assistenciais que qualquer instituição na área da saúde venha a oferecer ao usuário.

Embora todos os responsáveis pelos usuários do programa POPO precisem formalmente assinar um termo de autorização para participação, é preciso considerar que o baixo grau de escolaridade e a renda familiar transformam-se em barreiras para a leitura e compreensão do contrato entre a instituição, expressa no programa POPO, e o adolescente e sua família. Estes fatores podem também, interferir na percepção e crença destas famílias quanto aos benefícios que um programa preventivo e interdisciplinar pode proporcionar à saúde de seus filhos (PIRES e MUSSI, 2008).

Acresce-se a um constrangimento educacional de leitura e compreensão, sócio-cultural (de significados e valores sociais) e a dependência dos cuidados assistenciais (disponibilidade em São Paulo de serviços similares). Dessa maneira, é possível que estas variáveis agregadas tendam a tornar o instrumento e o momento da assinatura da autorização para participação dos indivíduos no programa, uma formalidade não atingindo as expectativas da equipe de profissionais no tocante à conscientização. Assim, o fato de aderir, expressado pela concordância e assinatura pode não corresponder de fato a uma participação e seguimento das orientações fornecidas pela equipe para atingir os objetivos do programa.

O que merece destaque, sob o ponto de vista da equipe de profissionais é a participação dos familiares nas reuniões coletivas que segundo os profissionais da instituição e autores como MULLER (1999), deveria ser condição “sine qua non” isto é, essencial e indispensável ao programa POPO. Uma vez que a assiduidade nas reuniões pode evitar uma piora desavisada do quadro nutricional e/ou a instalação de comorbidades.

Para as famílias a expectativa talvez fosse receber assistência médica e terapêutica em seu próprio bairro de moradia ou em bairros mais próximos. A distancia entre a unidade de saúde e o local de moradia do indivíduo; tempo e meios utilizados para o deslocamento interferem no acesso e na adesão ao tratamento (DALL’AGNOL et al, 2008). Esses autores relatam que a priorização de atendimento aos moradores da área

de atuação do serviço, conforme prevê o critério de territorialização, poderia facilitar o acesso e estimular a continuidade do atendimento.

A proposta de regionalização busca integrar as iniciativas e os recursos disponíveis em cada município, organizando pólos de referência para os atendimentos de maior complexidade ou para procedimentos de alto custo. Assim possibilita-se uma oferta mais equânime dos serviços considerados de referência. Busca-se com isso evitar que os sistemas locais padeçam das dificuldades de encaminhamento aos níveis mais complexos do sistema. Esta proposta vem ao encontro das iniciativas de formação de consórcios intermunicipais, constituídos no país ao longo das últimas décadas.

A Sociedade Pestalozzi fica na Zona Norte da cidade e o acesso da população moradora desta região e do município de Guarulhos, localizado na Grande São Paulo, é facilitado se o acesso depender da utilização de ônibus ou metrô que são os principais meios de transporte utilizados pelos adolescentes e famílias inseridas no programa POPO.

A questão da localização dos equipamentos de saúde, do ponto de vista da acessibilidade dos usuários, tem sido abordada por diversos pesquisadores contemporâneos. Historicamente, os trabalhos de UNGLERT na década de 1980 apontavam que as unidades de saúde deveriam se instalar em locais próximos a terminais dos transportes coletivos e em seu ponto de vista, a distância dos equipamentos do centro da cidade seria uma variável de confusão. Segundo UNGLERT (1990), os responsáveis pelas crianças prefeririam deslocar-se até a última parada para não ter de enfrentar os desconfortos de sair dos transportes nas paradas intermediárias.

Segundo SANTOS (1999), a questão da territorialização expõe os sentidos culturais que determinada população (usuários) confere àquele espaço e/ou equipamento.

No sentido, dado pela lei federal 8142 de 1990 (municipalização e hierarquização da atenção à saúde), a disposição dos equipamentos de saúde é entendida como localização geográfica e sob esta compreensão, o tempo despendido pela família e a oferta de atendimento especializado são sobrevalorizados, em detrimento do conforto no transporte, do acolhimento pela equipe de saúde e outras questões relacionadas à interdisciplinaridade no atendimento.

Os resultados apresentados não avançam nestas discussões, mas mostram que a população atendida provém de bairros relativamente próximos, em detrimento das zonas Oeste e sul. Contudo, a pergunta do questionário foi formulada para além de

caracterizar a população, relacionar possível dificuldade na participação das famílias nos encontros necessários para receber as orientações da equipe multidisciplinar.

Se por um lado, as respostas mostraram que os usuários são das imediações da Sociedade Pestalozzi, por outro mostram também que não se pode analisar de maneira tão simples o absentismo nas reuniões de grupo, sob o risco de tornar a análise mecânica, desvinculando-a das características humanas que definem os padrões de comportamento humano (ALARCÃO, 2007).

A falta de adesão ao tratamento por parte dos adolescentes e suas famílias também foi verificada em vários estudos (BROWNELL, KELMAN e STUNKARD, 1983; SAITO et al, 1985; MUZZO, 1986).

Uma expressiva maioria dos profissionais entrevistados acredita que o envolvimento das famílias no programa POPO é insatisfatório.

“Pouca aderência a consultas e reuniões, isso é insatisfatório.”

“As famílias não participam (a maioria) do programa não ocorrendo mudanças de seus atos nas atividades básicas de vida diária (ABVDs).”

De fato os próprios familiares colocam a pouca participação nas reuniões como um aspecto que dificulta o seguimento das orientações. É difícil neste caso, compreender se a ausência nas reuniões é decorrente da falta de compreensão da importância dessas reuniões ou se a ausência é decorrente da falta de recursos materiais imposta pelas condições de vida desfavoráveis destas famílias, inclusive por falta de horário, ou seja tempo disponível, para participação nas reuniões. De qualquer maneira, os relatos das famílias que estão participando do programa POPO reforçam a importância de se manter aberto e atuante o diálogo entre os profissionais e os cuidadores:

“Mas as famílias deveriam ter mais interesse e se comunicar mais com equipe do POPO.”

“No meu caso é pq eu não participava de todos encontros.”

“Não tenho que falar porque não tenho participado”

“Não sei porque eu consigo participar e outras mães não.”

Uma das orientações sugeridas nas reuniões é referente à prática de atividades físicas que não fiquem restritas aquelas propostas pela instituição (educação física, aula de dança e futebol, que ocorrem uma vez por semana, durante 45 minutos), mas que sejam também praticadas fora dela garantindo um trabalho físico mais sistemático.

A instituição além de veículo de informação sobre as doenças pode estimular a reflexão sobre os comportamentos dessa população, tanto no que tange as atividades físicas, como na manutenção de hábitos alimentares mais adequados às crianças e adolescentes do programa POPO, mas de fato esses comportamentos são definidos pela família, que dentre outros aspectos expressa a cultura onde está inserida. Neste cenário de simbolismos da população que, muitas vezes, atribui à gordura/obesidade características de saúde ao indivíduo, pode-se afirmar que, a obesidade é uma doença ambiental de caráter familiar e cultural, e o indivíduo obeso passa a ser um sintoma do conflito existente neste ambiente familiar (SAITO,2001).

Outra questão importante a ser discutida é em relação ao sedentarismo. TORRIENTE et. al citado por FERNANDES, GALLO, REIS (2006) afirmam que a inatividade explica parte da epidemia de obesidade na atualidade.

Neste trabalho verificou-se que, uma pequena parcela dos adolescentes realiza atividades físicas externas conforme a orientação da equipe, no entanto a maioria não o faz, principalmente porque não conhecem locais especializados (clubes ou academias) que atendam essa clientela. Outra parcela importante não possui recursos financeiros para contratar esse tipo de serviço.

O fator monetário muitas vezes pode influenciar nas possibilidades de frequentar espaços como academias, clubes ou outros espaços que promovam atividades físicas. TROIANO ET AL, 2001, relatam que quanto maior o poder aquisitivo e o grau de escolaridade de um indivíduo, maior será a sua chance de praticar atividades físicas no seu tempo destinado ao lazer. Foi verificado que a população aqui estudada, também, encontra dificuldades quanto aos aspectos econômicos e ao grau de escolaridade dos cuidadores. Mas, neste caso, para adolescentes que associam deficiência intelectual à obesidade não se torna somente, uma atividade de lazer, mas sim uma importante parcela do tratamento da própria obesidade e a prevenção de danos ou riscos inerentes a essa condição.

A busca por profissionais especializados é um desejo da população que idealiza nas especialidades, a melhor e mais acertada procura. O problema é o fato de que os pais e/ou responsáveis atribuem quase exclusivamente a responsabilidade pelo não atendimento, a um terceiro (a academia ou clube que se recusa atender ou que não possui equipamentos ou técnicos especializados) e não percebem que, parte de suas dificuldades podem estar relacionadas às condições de vida. RIMMER e KELLY (1991) apóiam a idéia que portadores de deficiência podem participar de atividades

físicas similares à população em geral e que, além de melhoras fisiológicas, também há benefícios psicológicos como melhora na auto-estima e bem estar. Acrescenta-se no aspecto do desenvolvimento psicológico o aumento da autonomia e da independência.

No mesmo sentido, RIMMER e KELLY (1991) concluíram que os deficientes mentais conseguiam usar os equipamentos com o mínimo de ajuda e demonstraram desapontamento e tristeza quando souberam que a pesquisa tinha acabado. Além disso, revelaram que a gravidade da deficiência mental não influenciou nos resultados do estudo.

Se por um lado, as academias especializadas seriam mais voltadas para deficientes físicos com atividades adaptadas para essa população, isso não ocorre necessariamente com portadores de deficiência mental.

A própria obesidade associada ao déficit intelectual aparece como um aspecto que dificulta a prática de exercícios físicos, tal como foi relatado por FERNHALL (1993) que aponta que indivíduos com deficiência mental possuem capacidade cardiovascular 25 a 35% inferior à média da população, além de valores de frequência cardíaca máxima 8 a 30% menores, limitando, dessa forma, o trabalho cardíaco. BEANGE; MCEL DUFF e BAKER (1995) apontam que a prevalência de obesidade é maior e a força muscular é expressivamente menor em indivíduos com deficiência mental, comparados à população em geral, o que pode justificar o cansaço expressado por alguns entrevistados ao se referirem aos adolescentes pelos quais são responsáveis ou acompanhantes.

De fato parece que o sedentarismo se traduz para essa população como falta de incentivo à prática de atividades físicas seja por parte da família, escola e sociedade, tornando-se difícil, os prover de autonomia e melhores condições de sobrevivência. No entanto, questões de realidade das famílias se impõem e dificultam a adesão ao POPO e sugerem que a instituição poderia criar estratégias para contemplar as diferentes necessidades da população, oferecendo mais atividades físicas durante o horário de permanência dos adolescentes na instituição, supervisionando que, por exemplo, trabalhe e por isso não pode se dedicar à participação nos encontros oferecidos como também no cumprimento de algumas recomendações do programa.

Alguns pais relatam neste estudo, que próximo ao local em que moram, não possui parques, praças, clubes que tenham espaços reservados para atividades físicas e caminhadas, limitando desta forma esta prática. Modificações relacionadas ao planejamento urbano dotando áreas carentes de recursos mínimos para práticas de

atividades físicas e de lazer são de suma importância e contribuem para uma melhor qualidade de vida (MELLO, LIFT e MEYER, 2004). No entanto a realização de atividades físicas não restringe apenas aos exercícios tradicionais (ginástica aeróbica, ginástica localizada, musculação, hidroginástica etc.) praticadas geralmente em academias e clubes. As atividades simples da vida prática e diária como não utilizar controle remoto dos aparelhos eletrônicos, diminuir tempo de permanência assistindo TV, usando o computador ou jogando vídeo game, evitar a utilização do elevador e escadas rolantes dando preferência em descer e subir escadas nos prédios, nas estações de metrô e shoppings centers, podem determinar mudanças significativas no estilo de vida das pessoas. Outro aspecto que os familiares atribuem como sendo um limitante para prática de atividades físicas e/ou de caminhada regularmente, é a questão do tempo disponível para tanto, por parte dos familiares e dos próprios adolescentes que permanecem na instituição e retornam as suas casas em período noturno.

Assim como, as orientações referentes atividades físicas que podem ser realizadas no dia-a-dia com mudança nos hábitos, as caminhadas, que também são parte destas atividades físicas, podem ser realizadas diariamente no próprio percurso de ida e volta da instituição. Faz parte das orientações, que os adolescentes e seus acompanhantes recebem nos encontros do POPO, caminhadas até um ponto de ônibus à frente ou atrás, tanto para chegar até a Pestalozzi como para chegar em casa no final do dia. Esta prática pode também ser utilizada quando forem em outros locais inclusive nos fins de semana.

A importância do treinamento cardiovascular em indivíduos deficientes mentais tem se mostrado eficiente, pois influencia positivamente no lazer e na execução das atividades diárias. A simples participação em programas de caminhada pode melhorar o equilíbrio, a capacidade cardiorrespiratória, e resistência nos músculos dos membros inferiores (FERNHALL,1993). A caminhada é vista como uma modalidade de exercício físico não assistido, que é gratuita, portanto dispensa locais especializados e custo monetário, pois podem ser realizadas em lugares públicos como praças ou parques. No entanto, observou-se que uma vasta maioria não pratica caminhada e alegam que os adolescentes não têm independência e autonomia, citando também a falta de segurança nas ruas e avenidas.

Além disso, alguns familiares relatam outros motivos, como: cansaço dos adolescentes, falta de tempo ou disposição da mãe ou outro responsável para acompanhá-los. O cuidado fica geralmente atribuído à figura da mãe o que implica mais

uma tarefa a elas além de acompanhá-los a instituição. Nesse sentido, OLIVEIRA (2008) diz que, o envolvimento das pessoas que compõem os laços sociais e afetivos com os adolescentes no tratamento, pode facilitar a adesão e que os aspectos psicológicos do paciente podem interferir nos resultados. Os adolescentes com deficiência intelectual geralmente não têm a percepção dos efeitos nocivos da obesidade, por isso a colaboração de familiares (pai, irmãos, avós, tios, primos, cunhados e outros) torna-se importante para alterar padrões de comportamento sem que isso fique a cargo exclusivo das mães.

Com esta simples mudança nos hábitos diários, deixamos de ser considerados indivíduos sedentários e aumentamos as chances de elevar nosso gasto energético (MAMS et al, 2000).

Outra questão norteadora para averiguar a aderência dos participantes do POPO às suas propostas foi relacionada à alimentação. Nesse sentido, nota-se que a maioria dos adolescentes tem refeições iguais aos demais membros da família e que essa maioria relata estar modificando o hábito alimentar do grupo família como um todo. Daqueles que não estão modificando, alegam que tal alteração não ocorre, em função da recusa dos adolescentes em comer frutas, hortaliças e legumes atribuindo também, a dificuldade de mudanças no padrão de consumo alimentar, em função do alto preço dos alimentos.

A falta de tempo no preparo das refeições discutido anteriormente nesse mesmo capítulo, sugere às vezes, os “*fast-foods*” que, apesar de serem considerados caros, o apelo da mídia e a praticidade dos lanches rápidos, podem se tornar uma rotina inadequada de consumo alimentar de toda família.

Igualmente ao estudo de MÜLLER (1999), nos relatos das mães nesta pesquisa, também encontramos diversas alegações como falta de tempo para o preparo da refeição, a não permissão por parte de outros membros da família, obesos ou não, para modificação ou restrição alimentar e a falta de condição financeira para adquirir os alimentos com baixo valor calórico.

O hábito alimentar inadequado da família influencia fortemente o hábito alimentar da criança, principalmente pais obesos e com baixo grau de escolaridade. Assim, nessa pesquisa, observam-se nesses grupos, comportamentos como rejeição de hortaliças e frutas, o “beliscar”, alta ingestão de lipídeos e baixa ingestão de glicídios como também foram apontados na pesquisa de ACCIOLY; SAUNDERS, LACERDA, 1998.

Observe o depoimento de um familiar:

“Dou quantia certa, mas ele pega outras coisas escondido”.

É necessário que, conforme as sugestões de MELLO, LIFT E MEYER (2004) sejam criadas medidas tributárias isentando impostos de alimentos saudáveis e aumentando os impostos de alimentos industrializados para facilitar o acesso e aquisição de alimentos mais saudáveis pela população de renda restrita.

O incentivo ao consumo de alimentos saudáveis e à prática de atividade física pode ser o primeiro passo na caminhada para a redução dos níveis de obesidade na fase da adolescência (MELLO et al,2004).

Conforme esta pesquisa, o alto preço de alimentos mais adequados ao objetivo de emagrecimento é um fator que dificulta e justifica a não adesão às propostas feitas pela equipe que atende esses usuários e seus familiares. Também na pesquisa de VIEIRA et al, (2004) os pesquisadores puderam observar que os responsáveis por adolescentes que participaram de programa de obesidade não alteraram o padrão de compra de produtos alimentícios conforme sugerido pela equipe que os atendia.

No estudo em questão, a falta de tempo para cumprir os passos do programa foi repetida inúmeras vezes pelos familiares entrevistados. As famílias relatam que o horário das reuniões não é favorável, pois ocorre em horário de trabalho dos responsáveis ou em horário que a mãe, a principal acompanhante/cuidadora, necessita estar nos afazeres da casa e muitas vezes cuidando de outros filhos ou porque vir às reuniões, sem o filho(a), por este já se encontrar na instituição, implica em mais gastos por conta das passagens do transporte.

A falta no cumprimento das orientações referente atividades físicas inclusive caminhadas e hábito alimentar demonstram uma complexidade das dificuldades encontradas pelas famílias, que não dependem apenas do “saber” e “querer”, mas envolvem outros fatores mencionados anteriormente, como o tempo, dinheiro e a condição de dependência de seus filhos, por conta do déficit intelectual.

Os relatos referentes aos principais fatores facilitadores para adesão e cumprimento das orientações realizadas no POPO, conforme opiniões dos responsáveis entrevistados, as mães em sua grande maioria, reforçam a questão da falta de parcerias, tanto de serviços públicos de saúde e da comunidade, como por parte da própria família como um todo.

“ Ter mais parcerias como academias, clubes ou faculdades”

“ Ter mais colaboração por parte dos demais familiares em casa”

A importância da formação de Redes de Apoios Sociais fica bem evidente ao depararmos com estes relatos. O apoio social é considerado uma importante dimensão do desenvolvimento, constituindo uma interface entre o sujeito e o sistema social do qual ele faz parte (GARMEZY e MASTEN, 1994 apud SIQUEIRA et al 2006). BRITO e KOLLER, (1999) apud SIQUEIRA et al (2006), definem Rede de Apoio Social sendo um conjunto de sistemas e de pessoas significativas que compõem os elos de relacionamento recebidos e percebidos do indivíduo.

A rede de apoio social está associada à saúde e ao bem estar dos indivíduos (SIQUEIRA et al 2006), sendo forte aliada à Promoção da Saúde, que segundo a OMS, trata-se de um processo que confere à população os meios para assegurar um maior controle e melhoria de sua própria saúde, não se limitando a ações de responsabilidade do setor saúde.

No que se refere à análise de desempenho dos profissionais participantes da equipe assistencial chama atenção a presença exclusiva de profissionais do sexo feminino atuantes no programa POPO. Para destacar essa observação é preciso alertar que o processo de seleção do corpo clínico é realizado por meio de análise de currículos e entrevistas com a coordenação do setor responsável pela vaga em questão.

Por ser um processo de seleção direcionado, é possível que ocorram preferências dos examinadores, uma vez que além dos atributos técnicos, os relacionados ao desempenho social e afetivo do candidato também são considerados. Mas, de qualquer maneira, é interessante ponderar que as mulheres têm desempenhado um papel expressivo neste mercado de trabalho, que pode ser caracterizado quase como beneficente, uma vez que atender profissionalmente crianças e adolescentes com déficit motor e intelectual se depara de maneira enfática com a experiência pessoal de cuidar carinhosamente desses pacientes.

A mulher exerce na nossa cultura função de cuidadora tanto na esfera familiar (constatada pela alta prevalência de mães que participaram, como principal cuidadora, desta pesquisa) quanto na do trabalho (principalmente no campo da educação e da saúde) isso pode estar relacionado ao papel da mulher na sociedade contemporânea.

Segundo BADINTER (1995) esta questão resvala na cultura que cultiva o amor materno como expressão de cuidado e devotamento aos filhos que deveriam ser criados de forma que se tornassem adultos saudáveis e produtivos economicamente à sociedade.

O número expressivo de mulheres nessa área, sob essa perspectiva de análise está relacionado à construção social que fortemente influencia a cultura ocidental.

As mães são as principais acompanhantes dos adolescentes e aparecem também como informantes e participantes do POPO. É preciso mais uma vez, destacar que as mães no cenário brasileiro e internacional aparecem como principais cuidadoras de seus filhos (PEDREIRA, 2008). Do ponto de vista deste estudo, convém salientar que as crianças como os adolescentes institucionalizados mantêm um vínculo muito forte de dependência familiar, o que de outra forma configura dependência materna. Segundo BASTOS e DESLANDES (2009), este vínculo na adolescência talvez possa comprometer o desenvolvimento das potencialidades psicossociais e da autonomia destes jovens.

A equipe que compõe o programa POPO, por sua vez, considera que cada família tem suas limitações, dentro de cada contexto familiar e suas particularidades. Se, por exemplo, a parceria ou convênio com academias, clubes e faculdades for firmado pela instituição, podemos continuar tendo problemas de frequência e participação de alguns adolescentes pelos mesmos motivos: distância do local de moradia, horários incompatíveis, falta de independência e autonomia de seus filhos e falta de algum outro familiar que possa acompanhá-los externamente. Vemos assim, a importância de cada família, tecer a sua própria rede buscando parcerias com seus familiares, vizinhos, amigos e comunidade local que possam dividir as tarefas e responsabilidades, antes atribuídas exclusivamente às mães.

As organizações não governamentais e instituições filantrópicas, assim como a Sociedade Pestalozzi, apresentam preocupação com a saúde e bem estar de seus atendidos, porém, têm suas limitações no que se refere à disponibilidade de carga horária e contratação de mais profissionais e de espaço físico para atender toda demanda em horários paralelos. Desta forma, a importância em unir forças das famílias e da instituição na busca de parceiros para a formação e ampliação de redes sociais de apoios, torna-se imprescindível. Com este movimento, espera-se que o programa POPO tenha êxito em todos seus seguimentos, tornando-se modelo de referência e contribuindo para criação de programas similares que possam atender esta clientela específica em demais instituições e pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

7. CONCLUSÃO

Este trabalho de pesquisa possibilitou a identificação de alguns fatores que dificultam e que facilitam à adesão de adolescentes obesos com deficiência intelectual e de suas famílias no programa de orientação e prevenção de complicações da obesidade (POPO). A grosso modo, chama atenção certa dissociação entre a percepção da equipe multiprofissional e a percepção das famílias no tocante aos fatores. Assim, segundo a equipe, cita-se marcadamente o fato dos adolescentes não realizarem atividades físicas fora da instituição, não mudar os hábitos alimentares, a falta de maior participação das famílias nas reuniões, e o de não haver maior dedicação por parte dos adolescentes e seus familiares, como dificuldades descontextualizadas no discurso dos profissionais. Aparentemente os profissionais desvinculam suas opiniões do contexto socioeconômico e demográfico que caracteriza as famílias e adolescentes deste estudo.

Por outro lado, quanto à abordagem dos fatores facilitadores presentes no discurso dos profissionais atuantes no programa POPO, coloca-se em evidência três vertentes distintas: facilitadores relacionados às famílias, à instituição e aos adolescentes onde, a conscientização destas famílias quanto aos problemas que a obesidade pode causar a seus filhos, parece ser o elemento central para facilitar a adesão dos adolescentes. Contribui facilitando a adesão, na opinião dos profissionais, a comodidade do programa ser oferecido dentro da própria instituição e o interesse nas orientações para mudança de hábitos alimentares e comportamentais em relação ao sedentarismo.

Em relação ao olhar do profissional para a instituição, citam-se como facilitadores os fatores relacionados à persistência da equipe (envolvimento profissional) e a personalização (individualização) de opções sugeridas para o cardápio alimentar.

Finalmente, em relação à percepção dos fatores facilitadores relativos aos adolescentes, a equipe identificou que a percepção de risco de saúde/doença não se sobressai ao desejo do emagrecimento.

Quanto aos familiares, a identificação dos fatores potencialmente facilitadores, segundo seu ponto de vista, seria o empenho da instituição na consolidação de parcerias com academias, clubes, faculdades ou outros locais que pudessem oferecer atividades físicas aos adolescentes, fato que reforça o desejo de maior independência e autonomia para seus filhos, que devido ao comprometimento intelectual, necessitam de maior apoio às atividades de socialização. Ainda destaca-se para as mães, principais acompanhantes dos adolescentes, como facilitador, uma maior colaboração por parte de outros familiares, no envolvimento das questões abordadas no programa POPO.

Como dificuldade para o cumprimento das exigências do programa destacou-se a condição econômico-social das famílias, evidente principalmente com o relato do responsável e informante neste estudo, sobre os preços dos alimentos recomendados estarem muito altos e não ter locais apropriados, perto de sua residência, para o filho praticar atividades físicas e/ou fazer caminhadas.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os fatores verificados que interferiram na aderência ao programa para prevenção de complicações da obesidade nesta população, referem-se às questões socioeconômicas, de dinâmica familiar, nível de escolaridade e localização para o atendimento.

Assim, além de se estabelecer programas de prevenção à obesidade e suas complicações, deve-se atentar a esses aspectos na construção de Políticas Públicas voltadas para o acesso e permanência às ações favorecedoras à qualidade de vida dessa população, no âmbito da saúde pública e coletiva.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade. [pagina da internet] acesso em: 15 de Outubro de 2009. Disponível em:< <http://www.abeso.org.br/>>.

Accioly E, Sanders C, Lacerda EMA. Nutrição em obstetrícia e pediatria. 2ªed. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 1998; p.449-489.

Ades L, Kerbauy RR. Obesidade: Realidades e Indagações. Psicologia USP. 2002; 31:197-216.

Alarcão M, Gaspar MF. Imprevisibilidade familiar e suas implicações no desenvolvimento individual e familiar. Paidéia [periódico na internet]. 2007 [acesso em 15 out de 2009];17(36):89-102. Disponível em www.scielo.br/paideia.

Alberastury A, Knobel M. Adolescência Normal um Enfoque Psicanalítico. Porto Alegre: Artmed; 1981; p.13-23/88-90.

Anjos LA et al. Distribuição dos valores do índice de massa corporal da população brasileira até 25 anos. Rev. Panam Salud Publica/ Pan AM J Public Health, 3 (3), 1998.

Balaban G, Silva GAP. Efeito protetor do aleitamento materno contra a obesidade infantil. J. Pediatria. 2004; 80(1).

Badinter E. O mito do amor materno. Natal: Estud. Psicologia. 1985; 5(2).

Barbosa KBF, Franceschini SCC, Priore SE. Influência dos estágios de maturação sexual no estado nutricional, antropometria e composição corporal de adolescentes. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2006; 6(4).

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.

Bracco MM, Ferreira MBR, Morcillo AM, Colugnati F, Jenovesi, J. Gasto energético entre crianças de escola pública obesas e não obesas. Rev. Bras. Ciên. e Mov. 2002; 10:29-35.

Brasil, Lei nº7853, de 24 de outubro de 1989. Decreto 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa portadora de Deficiência (PNSPPD).

Brasil,1989. Decreto 3.298, de 20 de dezembro de 1999. (Portaria nº 1060/GM, de 05/06 de 2002) . Dispõe sobre assistência integral à saúde da pessoa portadora de deficiência no que se refere à prevenção de doenças e deficiência e promoção de qualidade de vida.

Barros JF. Estudo comparativo da aptidão física e antropométrica entre deficiente mental leve e moderado [dissertação de mestrado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo;1998.

Barros JF. - Estudo comparativo dos índices de aptidão física em portadores de deficiência mental [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2002.

Barros JF et al. Deficiência mental e atividade física. Rev digital efdeportes. [resumo de periódico] 2009 [Acesso em 21 de out. 2009]:5:23. Disponível em <http://www.efdeportes.com/efd23/defic.htm>.

Barros MVG, Nahas MV. Medidas da Atividade Física: teoria e aplicação em diversos grupos populacionais. Londrina: midiograf; 2003.

Bastos OM, Deslandes SF. Adolescer com deficiência mental: a ótica dos pais. Ciência & Saúde Coletiva. 2009; 14(1):79-87.

Baptista C, Moraes AT, Florindo J, Duarte R. Análise descritiva de variáveis sócio-demográficas de toxicodependentes com filhos. Rev Toxicodependências. 2008; 14 (2):45-50.

Bee H. A criança em desenvolvimento. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 1996; p. 462-466.

Carakushansky G, Mustacchi Z. Doenças Genéticas em Pediatria. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan; 2001; p. 111-119.

Costa RS, Werneck GL, Lopes CS, Eaerstein E. Associação entre fatores sócio-demográficos e prática de atividades física de lazer no Estudo Pró-Saúde. Cad. de Saúde Pública. 2003; 19(4).

Costa CMF, Cunha MISM. Comportamentos desadaptados: causa ou efeito da deficiência mental? [Tese de Mestrado] Esc.Sup.Edu.Paula Frassinetti,2005; cad. 5.

Dall'Agnol, C.M.; Lima, A.D.S.; Ramos,D.D.; Fatores que interferem no acesso de usuários a um ambulatório básico de saúde : Rev. Eletr. Enferm. [periódico na internet]. 2009 [acesso em 30 outubro 2009];11(3):674-80. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a27.htm>.

Damaso A, Guerra RLF, Brotero JP, Prado WL. Obesidade. São Paulo: MEDSI; 2003. Etiologia da Obesidade; p.3-15.

Dietz WH, Gortmarker SL. Preventing Obesity in children and adolescents. Annual Review of Public Health. 2001; 22:337-353.

Drachler ML, Macluf SPZ, Leite JCC, Aerts DRGC, Giugliani ERJ, Horta BL. Fatores de risco para sobrepeso em crianças no Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública. 2003; 19(4).

Fernhall, BO. Physical fitness and exercise training of individual with mental retardation. Medicine sciece sports exercise. 1993; 25(4): 442-450.

Fernandes IT, Gallo PR, Reis AOA. Avaliação antropométrica de pré-escolares do município de Mogi-Guaçu, São Paulo: subsídio para políticas públicas de saúde. Rev Bras Saúde materno-infantil. 2006; 6(2): 212-222.

Ferriani MGC, Dias TS, Silva KZ, Martins CS. Auto-imagem corporal de adolescentes atendidos em um programa multidisciplinar de assistência ao adolescente obeso. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2005; 5(1): 27-33.

Fisberg M. Obesidade na Infância e Adolescência. São Paulo: Fundo Editorial Byk; 1997: p.10.

Fisberg M. Atualização em Obesidade na Infância e Adolescência. São Paulo: Atheneu; 2005: 245 p.

Fonseca VM, Sichieri R, Veiga GM. Fatores associados à obesidade em adolescentes. Rev Saúde Pública. 1998; 32(6):141-9.

Fortes PAC. Ética e Saúde – Questões Éticas, Deontológicas e Legais, Tomada de Decisões, Autonomia e Direitos do Paciente: estudo de casos. São Paulo: EPU; 1998. Direito à informação; p. 59-61.

Fox R., Rotatori AP. Prevalence of obesity among mentally retarded adults. Am J Ment Defic .1982; 87:228-230.

Gerald LB, Anderson A, Johnson GD, Hoff C. & Trimm RF94. Social class, social support and obesity risk in children. Child: Care, Health and Development. 1994; 20:145-163.

Giuliano R, Melo ALP. Diagnóstico de sobrepeso e obesidade em escolares: utilização do índice de massa corporal segundo padrão internacional. J Pediatr. 2004; 80(2): 129-34

Grillo LP, Carvalho LR, Silva AC, Verreschi ITN, Sawaya AL. Influência das condições socioeconômicas nas alterações nutricionais e na taxa de metabolismo de repouso em crianças escolares moradoras em favelas no município de São Paulo. Rev Assoc Med Bras. 2000;46(1):7-14.

Hansen D, Dendale P, Berger J, Loon LJC, Meeusen R. The Effects of Exercise Training on Fat-Mass Loss in Obese Patients During Energy Intake Restriction; Sports Med, 2007; 37(1): 31-46.

Ho TF, Yip WCL, Tay JSH, Rajan U. Social class distribution of obese Chinese children. Journal of the Singapore Paediatric Society. 1991; 33:55-58.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS) – Brasília, 1996 [acessado em 16 Set.de 2008]. Disponível em: <www.ibge.org.br>

Kain Jb, Albala Cb, Garcia Fb, Andrade MS. Obesidad en el preescolar: Evolución antropométrica y determinantes socioeconómicos. Revista Medica de Chile. 1998; 126:271-278.

Mams E. et al. Obesidade exógena na infância e na adolescência. Jornal de Pediatria. 2000; 76(3).

Marques AC, Nahas MV. Qualidade de vida de pessoas portadoras de Síndrome de Down, com mais de 40 anos, no estado de Santa Catarina. R. Brasil Cia. Mov. 2003; 11(2): 55-61.

Martinelli ML. O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em Serviço Social: um instigante desafio. Seminário sobre metodologias qualitativas de pesquisa. PUCSP – NEPI, 1994.

Meleiros AMAS, Assumpção FB. Dinâmica familiar na deficiência mental. Infanto-Rev Neropsiq. Inf. Adol. 1996; 4(3) : 46-48.

Mello ED, Luft VC, Meyer F. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? J. Pediatr. 2004; 80(3):173-181.

Melville A, Hamilton S, Hankey CR, Miller S, Boyle S. The prevalence and determinants of obesity adults with intellectual disabilities: The Authors Journal compilation © 2006 The International Association for the Study of Obesity.

Monken, M. Contexto, Território e Processo de Territorialização de Informações: Desenvolvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional em vigilância em saúde. Rev. Saúde e movimento. 2008; cap. 6.pmd: p.141-163.

Monteiro CA, Benício MHD. Estudo das condições de saúde das crianças do Município de São Paulo: 1984-1985. Rev. Saúde Pública. 1987.

Monteiro CA, Conde WL. Tendência secular da desnutrição e da obesidade na infância na cidade de São Paulo : 1974-1976. Rev. Saúde Pública. 2000; 34:52-61.

Moraes, ACF, Oliveira H.G, Fernandes, CAM. Prevalência de Sobrepeso e Obesidade em Alunos do Ensino Fundamental da Cidade de Maringá-Pr. Cienc Cuid Saude. 2007 Supl. 2; 6:364-369.

Moran R, Drane W, [McDermott S](#), [Dasari S](#), [Scurry JB](#), [Platt T](#). Obesity among people with and without mental retardation across adulthood. Obes Res. 2005; 13(2):342-9.

Müller Mj, Koertringer I, Mast M, Languix K, Frunch A. Physical activity and diet in 5 to 7 years old children. Public Health Nutrition. 1999; 2:443-4.

Müller RCL. Ahistória familiar e a obesidade na adolescência: um estudo clínico-qualitativo com adolescentes obesos [tese de doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP; 1999.

Nahas MV, Marques C. Medidas da Atividade Física: teoria e aplicação em diversos grupos populacionais. Londrina: midiograf; 2003.

Nunes DG. Transformando crianças em problemas: um debate sobre as políticas sociais no âmbito da infância de zero a seis. Inter-Ação. 2002; 27(2).

Oehlschlaeger MHK, Pinheiro RT, Horta B, Gelatti C, San'Tana P. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo em adolescentes de área urbana. Pelotas: Escola de Psicologia e Medicina da Universidade Católica de Pelotas. 2004.

Oliveira AMA, Cerqueira EMM, Souza JS, Oliveira AC. Sobrepeso e obesidade Infantil: Influência dos fatores biológicos e ambientais em Feira de Santana. Arq Bras Endocrinol Metab. 2003; 47(2):144-50.

Oliveira E. Deficiência mental e exercício. [biblioteca digital] 2004. GEASE. [acessado em 18 de outubro de 2009]. Disponível em:
http://www.educacaofisica.com.br/biblioteca_mostra.asp?id=58.

Pedreira CS. Sobre mulheres e mães: uma aproximação à teoria do cuidado. Florianópolis. Fazendo gênero 8 – Corpo, violência e poder, 2008.

Pitetti e Campbell. - Mentally retarded individuals: A population at risk? Med. Sci. Sports Exerc. 1989;23:586-593.

Pires CGS, Mussi FC. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. Ciênc. saúde coletiva [Tema livre]. 2008 (suppl.2); 13: pp. 2257-2267. ISSN 1413-8123.

Rimmer JH. Physical fitness in people com with mental retardation, Northern iilinois University & The University at Chicago, 1996

Romero A. et al., Desenvolvimento, Validação e Reprodutibilidade de um questionário para avaliação de atividade física em adolescentes. Rev. Saúde Pública. 2006; 40(4): 802-9.

Rosadas SC. Educação física especial para deficientes. São Paulo: Livraria Atheneu. 1986; p.9.

Saad, SN. Preparando o caminho da inclusão: dissolvendo mitos e preconceitos em relação à pessoas com síndrome de Down. Rev. Bras. Ed. Esp. 2003; 9(1): p.57-78

Saito MI, Atenção Integral à Saúde do Adolescente in: Silva LEV, Adolescência Prevenção e Risco. São Paulo: Ed. Atheneu; 2001. p.199-201.

Saito MI, Obesidade na Adolescência in: Silva LEV, Adolescência Prevenção e Risco. São Paulo: Ed. Atheneu; 2001. p.257-258.

Sales-Costa R, Werneck GL, Lopes CS, Faersten E. Associação entre fatores sócio-demográficos e prática de atividade física de laser no estudo Pró-Saúde. Cad. Saúde Publica. 2003; 19(4).

Santos RB. Evolução de Crianças e Adolescentes Obesos Acompanhados em Atendimento Ambulatorial [Monografia de conclusão do curso de nutrição social] . São Paulo: Universidade São Judas; 2006.

Sasaki R.K. Atualizações semânticas na inclusão de pessoas: deficiência mental ou intelectual? doença ou transtorno mental?.Rev. Nac. Reab. 2005; ano IX (43): p.9-10.

- Silva MACB, Nascimento RO. Relação pais e filhos e o processo de aprendizagem escolar: um estudo de caso. *Cad. Filosofia Psic Educação*.2005; ano III (4):p.89-110.
- Silva YMP, Costa RG, Ribeiro RL, Obesidade Infantil : uma revisão Bibliográfica. *Saúde e Ambiente em revista*. 2008; 3(1): p.01-15.
- Siqueira AC, Betts MK, Dell’Aglia DD. A Rede de Apoio Social e Afetivo de Adolescentes Institucionalizados no Sul do Brasil. *Rev. Interamericana de Psicologia/Interamerican Journal of Psychology*. 2006; 40.
- Stancliffe RJ. Living with support in the community: Predictors of choice and selfdetermination. *Ment Retard Dev Disabil Res*. 2001; 7:91–98.
- Stanish HI, Temple VA, Frey GC. Health-Promoting Physical Activity of Adults with Mental Retardation. *Ment Retard Dev Disabil Research Reviews*. 2006; 12: 13–21.
- Strauss RS, Knight J. Influence of the home environment on the development of obesity in children. *Pediatrics*. 1999; 103:1-8.
- Soares CB, Salvetti MG, Ávila LK. Opinião de escolares e educadores sobre saúde: o ponto de vista da escola pública de uma região periférica do município de São Paulo. *Cad Saúde Pública*. 2003;16(4).
- Tomkins A . Measuring obesity in children: what standards to use?; *J. Pediatr*. 2006; 82(4):246-8.
- Unglert CVS et al. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. *Rev. Saúde Pública*. 1987; 21:439-46.
- Unglert CVS. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. *Rev. Saúde Pública*. 1990; 24:445-52.
- Vieira MA, Atihê RD, Soares RC, Damiani D, Setian N. Adesão inicial ao tratamento de adolescentes obesos em programas de redução de peso. *Rev. Pediatria*. 2004; 26(4):240-6.
- Wang Y, Monteiro C, Popkin BM. Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China, and Rússia. *Am J Clin Nutr*. 2002; 75:971-7.
-

10. ANEXOS

ANEXO 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido às famílias.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL
Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César – CEP: 01246-904
São Paulo/SP Tel: 3061-7703

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

(de acordo com a Resolução 196, de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde)

A pesquisa **“Facilidades e Dificuldades à adesão das Famílias de Adolescentes Obesos e com Deficiência Intelectual, para cumprir Programa de Orientação e Prevenção de Complicações da Obesidade”** que será realizada sob a responsabilidade de Cláudia Regina Lieto de Queiroz, RG. nº 12.166.443 com orientação do Prof. Dr. Paulo Rogério Gallo, é a base de uma dissertação de mestrado do curso de Pós-Graduação da Faculdade de Saúde Pública –USP. Esta pesquisa tem como objetivo geral, identificar por meio do relato de pais e da equipe profissional, fatores que facilitam e os que dificultam a adesão das famílias de adolescentes obesos e com deficiência intelectual, em programa de orientação e prevenção de complicações da obesidade (POPO), oferecido pela Sociedade Pestalozzi de São Paulo, e como objetivo específico, fornecer subsídios para avaliar, adaptar e melhorar a efetividade do POPO junto à instituição e na relação com as famílias em tela.

Para tanto será necessário realizar os seguintes procedimentos:

- Os pais ou responsáveis dos adolescentes participantes, serão entrevistados pela pesquisadora, que irá gravar as respostas e preencher juntamente com estes, um questionário específico com questões fechadas e abertas que identifiquem as dificuldades e facilidades que podem interferir na participação desses em tal programa;
- A pesquisadora irá colher dados que constam nos prontuários dos adolescentes matriculados na instituição, referentes ao grau de instrução das mães, renda familiar, tipo e localização de moradia, para classificar e descrever essas famílias quanto à situação sócio-econômica, cultural, demográfica e hábito alimentar;
- Será feita também coleta de dados das fichas de controle e acompanhamento dos adolescentes no POPO, referentes aos dados gerais (nome, data de nascimento, sexo e endereço), da avaliação antropométrica (peso e altura) e do cálculo do índice de massa corpórea (IMC), para classificar e descrever os grupos quanto ao estado nutricional;

Esclarecemos, porém, que tais procedimentos mencionados acima não oferecem riscos à integridade física, mental ou moral dos adolescentes e de qualquer outro participante do estudo. A pesquisadora se compromete a não identificar o (a) filho e manter o caráter confidencial das identidades e informações, bem como não utilizá-las em prejuízo das pessoas envolvidas.

Os resultados e as informações obtidas nesta pesquisa poderão ser divulgados e publicados em eventos e periódicos científicos, resguardando-se a identificação do(s) entrevistado (s) da pesquisa e da criança.

Fica assegurado, aos pais ou responsáveis, a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isso lhes traga algum prejuízo. Os pais terão acesso aos resultados e as informações da pesquisa e esclarecimentos de eventuais dúvidas, podendo encontrar a pesquisadora nos telefones: (11) 9867-9733 cel / (11) 2905-2674 coml ou 2996-6169 res.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, e ter meus direitos de:

- Receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;

- Retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;

- Não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade.

- Procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP, tel. 3061-7779, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Eu,

_____, RG: _____, pai ou responsável pelo (a) menor

_____, consinto em participar desta

pesquisa.

São Paulo, _____ de _____ de 200_____

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura Pais ou Responsáveis

ANEXO 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos Profissionais.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL
Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César – CEP: 01246-904
São Paulo/SP Tel: 3061-7703

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

(de acordo com a Resolução 196. de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde)

Título do Projeto: “Facilidades e Dificuldades à adesão das Famílias de Adolescentes Obesos e com Deficiência Intelectual, para cumprir Programa de Orientação e Prevenção de Complicações da Obesidade”

Pesquisador Responsável: Cláudia Regina Lieto de Queiroz, RG. nº 12.166.443.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Rogério Gallo – Faculdade de Saúde Pública – USP.

Este projeto tem como objetivo geral, identificar por meio do relato de pais e da equipe profissional, fatores que facilitam e os que dificultam a adesão das famílias de adolescentes obesos e com deficiência intelectual, em programa de orientação e prevenção de complicações da obesidade (POPO), oferecido pela Sociedade Pestalozzi de São Paulo, e como objetivo específico, fornecer subsídios para avaliar, adaptar e melhorar a efetividade do POPO junto à instituição e na relação com as famílias em tela.

Para tanto será necessário realizar os seguintes procedimentos:

- Os profissionais envolvidos no Programa de Orientação e Prevenção da Obesidade (POPO), oferecido pela Sociedade Pestalozzi de São Paulo, serão entrevistados pela pesquisadora, que irá gravar as respostas e preencher juntamente com estes, um questionário específico com questões que identifiquem, segundo seus pontos de vista, as dificuldades e as facilidades que podem interferir na adesão das famílias em tal programa;

Esclarecemos, porém, que os procedimentos mencionados não oferecem riscos à integridade física, mental ou moral de qualquer participante do estudo. A pesquisadora se compromete a não identificar o(a) profissional e manter o caráter confidencial das identidades e informações, bem como não utilizá-las em prejuízo das pessoas envolvidas.

Os resultados e as informações obtidas nesta pesquisa poderão ser divulgados e publicados em eventos e periódicos científicos, resguardando-se a identificação do(s) entrevistado (s) da pesquisa.

Fica assegurado, aos profissionais entrevistados, a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isso lhes traga algum prejuízo. Os envolvidos terão acesso aos resultados e as informações da pesquisa podendo esclarecer eventuais dúvidas, com a pesquisadora Claudia R.L.Queiroz fone: (11) 2905-2674 coml ou e-mail: claudiaqueiroz@usp.br ou com o orientador

Profº Dr. Paulo Rogério Gallo fone: 3061-7125 coml. e-mail: prgallo@usp.br.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, e ter meus direitos de:

- Receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;

- Retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;

- Não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade.

- Procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, no telefone 11 3061-7779 ou Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César, São Paulo - SP.

Declaro que, após ter sido convenientemente esclarecido(a) pela pesquisadora, Eu,

RG:

consinto em participar desta pesquisa.

São Paulo, _____ de _____ de

200_____

Assinatura

:

Pesquisadora: _____

ANEXO 3 – Questionário dos Profissionais – Grupo de Obesidade



SOCIEDADE PESTALOZZI DE SÃO PAULO

Av. Morvan Dias de Figueiredo, 2801 - CEP 02063-000
Vila Guilherme - São Paulo – Capital Fone: 6905-3048/2674

Questionário para equipe Interdisciplinar – Grupo de Obesidade

Identificação:

Nome do Profissional _____

Área de trabalho: _____ Função _____

Registro Profissional: _____ Data Atual: ___/___/___

Questões:

1) Há quanto tempo atua na área da deficiência intelectual: _____

2) Em quais anos realizou atividades no Programa POPO: () 2006 () 2007 () 2008

3) Conhece outros locais que prestam assistência à pacientes Obesos com deficiência intelectual? () sim () não

Se sim, responda:

Local: _____

Que tipo de população é atendida: _____

Já atuou neste local: () sim () não

5) Quanto ao envolvimento das famílias no programa POPO você considera:

() Satisfatório () Insatisfatório

Justifique: _____

6) Na sua opinião os resultados obtidos neste período foram:

() Satisfatórios () Insatisfatórios

7) Na sua opinião, quais principais dificuldades que as famílias encontram para cumprir as orientações dadas pela equipe profissional: _____

8) Na sua opinião o que tem facilitado para adesão dos adolescentes e famílias no programa POPO? _____

9) Na sua opinião o que tem dificultado para que os adolescentes obtenham melhores resultados com a intervenção _____

10) Na sua opinião o que está faltando neste programa que ajudaria uma maior adesão? _____

11) 10) Na sua opinião o que deveria ser melhorado neste programa? _____

ANEXO 4 – Questionário da Família – Grupo de Obesidade



SOCIEDADE PESTALOZZI DE SÃO PAULO

Av. Morvan Dias de Figueiredo, 2801 - CEP 02063-000

Vila Guilherme - São Paulo – Capital Fone: 6905-3048/2674

Anexo 4: Questionário da Família - Grupo de

Obesidade

Identificação:

Nome do aluno: _____ RG: ____ / ____

Idade: _____ Diagnóstico: _____ Data Atual: ____ / ____ / ____

Informante: _____ Parentesco _____

Transporte: () Coletivo () Perua escolar () Carro próprio () a pé

Vêm sozinho? () sim () não Quem o acompanha? _____

Está inserido no mercado de trabalho? () sim () não

Vai pro trabalho sozinho? () sim () não Quem o acompanha? _____

Questões:

1) Em quais anos seu filho (a) participou no Programa de Prevenção e Orientações de complicações da Obesidade (POPO)? () 2006 () 2007 () 2008

2) Ao ser convidado, que informações recebeu referente ao programa?

2.1) Foi informada que os objetivos do POPO eram a orientação e prevenção de complicações da obesidade: () sim () não

2.2) Foi informada que seu filho(a) seria avaliado e assistido por equipe de profissionais incluindo médicos, psicólogos e fisioterapeutas: () sim () não

2.3) Foi informada que alguém da família teria que participar de encontros quinzenais ou mensais realizadas pela equipe de profissionais: () sim () não

2.4) Foi informada que nestes encontros os adolescentes e famílias receberiam orientações sobre condutas à serem adotadas em seu dia-a-dia: () sim () não

3) Ao ser convidado, o que levou você concordar em aderir ao programa?

() por ser mais um programa que a instituição estava oferecendo gratuitamente

() preocupação com aumento de peso de seu filho(a)

() conhecimento dos problemas que a obesidade causa à saúde

() devido a comodidade de não precisar se deslocar para outro local/serviço

() por não conhecer outro lugar/serviço que ofereça atendimento similar

() outros Especifique _____

4) Ao aderir, você assinou um termo de adesão e compromisso?

() sim () não

5) A sua participação nas reuniões quinzenais ou mensais têm sido:

() sempre () às vezes () não participa comente: _____

6) Quanto às orientações referentes à prática de atividades físicas fora da instituição, seu filho(a):

() tem realizado () não tem realizado, porque...

() meu filho(a) se recusa realizar qualquer tipo de atividade física

() não conheço local especializado (academia ou clube) que atenda o deficiente intelectual (DI)

- () não há ninguém que tenha tempo para acompanhar meu filho(a) na academia ou clube
() não tenho condições financeiras para pagar uma academia ou clube
() outros, especifique _____
-

- 7) Quanto às orientações referentes a prática de caminhadas regularmente, seu filho(a):
() tem realizado () realiza às vezes () não tem realizado, porque...
() meu filho(a) se recusa realizar atividade física inclusive caminhadas
() tenho medo pois o bairro que residimos é muito perigoso
() meu filho(a) não têm independência e autonomia, precisa de companhia
() não há ninguém que tenha tempo para acompanhar meu filho(a) nas caminhadas
() meu filho(a) se queixa de dor quando caminha
() outros, especifique _____
-

- 8) Em relação aos demais componentes da família, há mais pessoas que estão acima do peso ou tenham obesidade? () sim () não
Descreva: _____
-

- 9) A alimentação de seu filho(a) é a mesma das demais pessoas da família?
() sim () não porque? _____
-

- 10) Quanto às orientações referentes a mudança no hábito alimentar:
() estamos modificando a alimentação () não estamos modificando, porque....
() meu filho(a) recusa comer verduras e legumes
() meu filho(a) recusa comer frutas
() meu filho(a) recusa usar adoçantes
() não consigo controlar o que meu filho(a) come
() o preço dos alimentos recomendados estão muito altos
() consigo controlar a alimentação de meu filho(a) em casa, mas isso não ocorre diariamente
pois ele(a) toma café e almoça na instituição.
() outros,
especifique _____
-

- 11) Na sua opinião, quais fatores facilitariam uma maior adesão ao POPO?
() Os encontros ocorrerem em outros dias e horário
() melhorar a comunicação entre as famílias e profissionais envolvidos
() ter mais parcerias como academias, clubes ou faculdades
() ter mais colaboração por parte dos demais familiares em casa

() meu filho(a) ter maior independência e autonomia

() outros,

comente: _____

12) Está satisfeita com a maneira que o programa está ocorrendo?

() sim () mais ou menos () não

13) Na sua opinião, o que está faltando ou o que deve ser melhorado?

Assinatura: _____

OBRIGADA!

ANEXO 5**Quadro referente: Região de moradia, Escolaridade da mãe e Renda familiar dos adolescentes obesos com deficiência Intelectual atendidos no POPO da Sociedade Pestalozzi de São Paulo no período de 2006 a 2008.**

*Dados coletados da ficha de matrícula- situação sócio-econômica- efetuada pelo Serviço Social da instituição.

Nº	Região de moradia	Escolaridade da Mãe	Renda Familiar (Sal. Min. = R\$450,00)	Situação financeira
1	Guarulhos	Fund. incompl.	1 á 2 sal. + BPC	precária
2	Guarulhos	Fund. incompl.	0 á 1 sal. + BPC	precária
3	Guarulhos	Fund. incompl.	1 á 2 sal	precária
4	Z.Norte	Fund. incompl	4 á 5 sal +BPC	regular
5	Z.Leste	Fund. incompl.	1 á 2 sal	precária
6	Guarulhos	Superior incompl.	2 á 3 sal	precária
7	Z. Leste	Fund. incompl	0 á 1 sal + BPC	precária
8	Z.Norte	Fund. incompl	5 á 10 sal	regular
9	Z.Norte	Ensino Médio	3 á 4 sal	regular
10	Z. Norte	Fund. incomp.	1 á 2 sal	precária
11	Z.Norte	Superior incompl.	5 á 10 sal.	regular
12	Z.Leste	Fund. incompl.	0 á 1 sal + BPC	precária
13	Z.Norte	Fund. incompl	5 á 10 sal.	regular
14	Guarulhos	Fund. incompl.	1 á 2 sal	precária
15	Guarulhos	Fund. incompl.	0 á 1 sal + BPC	precária
16	Guarulhos	Fund. incompl	0 á 1 sal + BPC	precária
17	Guarulhos	Não alfabetizada	0 á 1 sal + BPC	precária
18	Z. Norte	Não alfabetizada	0 á 1 sal + BPC	precária
19	Z.Norte	Ensino Médio	Acima de 10 sal	estável
20	Z.Norte	Ens. Médio incomp.	1 á 2 sal	precária
21	Z.Leste	Fund. incompl.	0 á 1 sal + BPC	precária
22	Guarulhos	Fund. incompl.	0 á 1 sal + BPC	precária
23	Guarulhos	Ensino Médio	0 á 1 sal + BPC	precária
24	Guarulhos	Superior	5 á 10 sal	regular
25	Z.Central	Superior incompl.	5 á 10 sal	regular
26	Guarulhos	Fundamental	1 á 2 sal + BPC	precária
27	Z.Leste	Ensino Médio	0 á 1 sal + BPC	precária
28	Z. Leste	Fund. incompl.	2 á 3 sal + BPC	precária
29	Z.Leste	Ens. Médio incomp.	1 á 2 sal + BPC	precária
30	Z.Leste	Fund. incompl.	5 á 10 sal	regular
31	Z. Leste	Ensino Médio	1 á 2 sal + BPC	precária
32	Guarulhos	Fund, incompl.	0 á 1 sal (só BPC)	precária
33	Z. Leste	Fund. incompl.	0 á 1 sal (só BPC)	precária
34	Z.Norte	Fundamental	2 á 3 sal.	precária
35	Z.Norte	Fund. Incompl.	1 á 2 sal.	precária
36	Guarulhos	Fund. incompl.	2 á 3 sal.	precária
37	Z.Norte	Ensino Médio	5 á 10 sal.	regular
38	Guarulhos	Fund. incompl.	0 á 1 sal + BPC	precária
39	Z.Norte	Fund. incompl.	0 á 1 sal + BPC	precária
40	Z.Norte	Fund. incompl	1 á 2 sal + BPC	precária
41	Z.Norte	Fund. incompl	2 á 3 sal	precária
42	Z.Leste	Ensino Médio	3 á 4 sal	precária
43	Z.Norte	Superior incompl.	2 á 3 sal + Pensão	precária
44	Z.Leste	Fund. incompl.	1 á 2 sal + BPC	precária
45	Z.Norte	Fundamental	1 á 2 sal + BPC	precária
46	Guarulhos	Fund. incompl.	1 á 2 sal	precária
47	Z. Leste	Ens. Médio incompl.	0 á 1 sal + BPC	precária

*POPO – Programa de Orientação e Prevenção de complicações da Obesidade da SPSP.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)